

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

Kássia Mabiane Silva Cintra

O CUIDAR NO COTIDIANO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Goiânia
2014

KÁSSIA MABIANE SILVA CINTRA

O CUIDAR NO COTIDIANO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* - Mestrado em Atenção à Saúde - da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Promoção da Saúde

Eixo Temático: Atenção Básica e Saúde da Família

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Milca Severino Pereira

Goiânia

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)
(Sistema de Bibliotecas PUC Goiás)

Cintra, Kássia Mabiane Silva.
C575c O cuidar no cotidiano da Estratégia Saúde da Família
[manuscrito] / Kássia Mabiane Silva Cintra. – Goiânia, 2014.
61 f. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de
Goiás, Programa de Mestrado em Atenção à Saúde, 2014.
“Orientadora: Profa. Dra. Milca Severino Pereira”.
Bibliografia.

1. Saúde pública. 2. Cuidados. 3. Saúde – Políticas públicas.
I. Título.

CDU 614(043)

FOLHA DE APROVAÇÃO

Kássia Mabiane Silva Cintra

O CUIDAR NO COTIDIANO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção a Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção a Saúde.

Aprovada em 16 de dezembro de 2014.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Milca Severino Pereira
Presidente da banca - PUC Goiás

Prof.^a Dr.^a Jacqueline Rodrigues de Lima / UFG
Membro Efetivo, Externo ao Programa FEN/UFG

Prof.^a Dr.^a Adenicia Custodia Silva e Souza
Membro Efetivo, Interno ao Programa - PUC Goiás

Prof.^a Dr.^a Profa. Dra. Priscila Valverde de Oliveira Vitorino
Membro Suplente, Interno ao Programa - PUC Goiás

DEDICATÓRIA

*A Deus,
Aos meus pais Carlos e Célia os melhores exemplos de
amor, dedicação e vida,
Ao meu esposo Paulo, eterno companheiro,
À Giovanna, Yara, Guilherme, Pedro Emanuel e
Cecília os sobrinhos mais lindos do mundo.
A meus irmãos Willen, Wainer.
À Karla minha amada irmã.
À Tatianne e Mirelle...*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida e da ciência.

A minha família pela paciência e entendimento sobre minhas ausências.

À Professora, Dra. Milca Severino Pereira, minha orientadora, que me acolheu e amparou nos percalços dessa trajetória.

À Professora, Dra. Adenicia Custódio Silva e Souza, pelos ensinamentos sobre doçura e respeito ao usuário do sistema de saúde.

Aos colegas de turma do mestrado Lílíam, Amanda, Jamile e Elzimar pessoas fundamentais, pois nossas discussões foram essenciais para o alcance do sucesso.

Os demais colegas de mestrado, por ter tornado essa trajetória mais leve.

À Amanda, secretária do mestrado, pela dedicação e disponibilidade.

À minha amiga Lourena pelo apoio.

Sentirei saudades de todos.

EPÍGRAFE

*“A Razão e a Paixão são o leme e as velas da alma
navegante. Sem ambos, ficarias à deriva ou parado no
meio do mar.”*

Khalil Gibran

RESUMO

CINTRA, K. M. S. **O cuidar no cotidiano da Estratégia Saúde da Família**. 2014. 61p. Dissertação de Mestrado – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, Goiás.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi planejada para melhorar o modelo de atenção à saúde, por meio da ampliação do foco saúde – doença para além dos problemas apresentados pelo indivíduo, família ou comunidade. Porém este modelo ainda apresenta falta de resolutividade. Diante disto, o objetivo deste estudo foi analisar o cuidar no contexto estratégia saúde da família na perspectiva dos profissionais da família. Trata-se de um estudo qualitativo, tipo estudo de caso, realizado com sete equipes de Estratégia Saúde da Família de uma cidade da região Sudoeste do Estado de Goiás, Brasil, nos meses entre abril a junho de 2014. A coleta de dados foi realizada por entrevista, com roteiro semiestruturado, os dados foram gravados em equipamento de áudio, transcritos, ordenados, organizados e analisados. Os resultados foram organizados em três categorias e indicaram um cotidiano de cuidado centrado na doença e na carência de recursos materiais. O cuidado como o reflexo de uma gestão com vínculos fracos e ações descontinuadas. Os depoimentos desvelaram um cuidado desumanizado, com pouca escuta e baixo acolhimento. O preparo profissional para cuidar aparece permeado de ideias curativistas, ausência de planejamento e atualização, com forte transferência de responsabilidade para causas externas. Destaca-se a influência negativa do predomínio de contratos precários de trabalho que refletem em trabalhadores temerosos e desmotivados, que por sua vez oferecem um cuidado desinteressante ao usuário, além de apresentar baixa resolutividade. Entretanto, o estudo identificou potencialidades para melhorias no cuidar, em especial, por contar com um grupo de trabalhadores que tem clareza das limitações e necessidades de mudança, constatado nas falas indicativas dos problemas geradores dos empecilhos existentes no serviço e no próprio grupo.

Descritores: Estratégia Saúde da Família. Cuidados de Saúde. Integralidade em Saúde. Políticas Públicas de Saúde.

ABSTRACT

CINTRA, K. M. S. **The care in daily life of the Family Health Strategy**. 2014. 61p. Master's thesis – Pontifical Catholic University of Goiás, Goiânia, Goiás.

The Family Health Strategy (ESF) was planned to improve health care model, through widening health focus – diseases beyond the problems presented by the person, family or community. However, this model still reports lack of resolvability. Accordingly, the aim of this study was to analyze primary health care from the viewpoint of the professionals who work in family health strategy. It is a qualitative study, case study, that was carried out with seven Family Health Strategy teams who work in a city located in the Southwest region of the State of Goiás, from April to June 2014. For data collection we used semi-structured interviews, which were recorded in audio, transcribed, ordered, organized and analyzed. The results were organized into three categories and showed a routine of care centered in illnesses and financial deprivation. Care as a reflex of a management model with weak links and discontinued actions. The interviews disclosed dehumanized care, with few efforts to listen and low level of reception conditions. Professional training regarding health care seems to be permeated by healing ideas, lack of planning and refreshing, showing large transferring of responsibility to external causes. We highlight the negative influence of predominant precarious work contracts which reflect fearful and unmotivated workers, who, in turn, offer unimpressive care to users, in addition to a low level of resolvability. Nevertheless, the study identify potential for improvement in caring, especially because the group of workers clearly know the limitations and changing needs, which we could observe in their speeches indicating the issues which generate problems in the service and also in the group.

Descriptors: Family Health Strategy. Health Care. Integrality in Health. Health Policies.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CEP	Comitê de Ética em Pesquisas
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SB	Saúde Bucal
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE	Técnico de Enfermagem

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos profissionais das Equipes da Estratégia Saúde da Família, em uma cidade do Sudoeste de Goiás, 2014	26
Tabela 2	Distribuição dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família, segundo as variáveis sociodemográficas, n=(18), em uma Cidade do Sudoeste do Estado de Goiás, 2014	29

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVO	15
3	REVISÃO DA LITERATURA	16
3.1	O Modelo de Atenção à Saúde na Atenção Básica	16
3.2	O Cuidar na Promoção à Saúde	20
4	MÉTODO	23
4.1	Tipo de estudo	23
4.2	Local do estudo	23
4.3	Seleção dos participantes	25
4.4	População e amostra	25
4.5	Coleta dos dados	26
4.6	Organização e análise dos dados	27
4.7	Aspectos éticos	28
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	29
5.1	Distribuição sociodemográfica da população	29
5.2	Categorização dos dados	30
5.2.1	Cotidiano do cuidar na Estratégia Saúde da Família	30
5.2.2	Cuidar como reflexo da gestão	37
5.2.3	(Des)humanização do cuidado	42
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
	REFERÊNCIAS	48
	APÊNDICES	54
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	55
	APÊNDICE B – TCLE	56
	ANEXOS	58
	ANEXO 1 - TERMO DE AUTOIZAÇÃO CEP	59
	ANEXO 2 - SOLICITAÇÃO A SECETARIA DE SAÚDE	60
	ANEXO 3 - DECLARAÇÃO DE COPARTICIPAÇÃO	61

1 INTRODUÇÃO

A minha motivação inicial para estudar o tema surgiu durante o meu trabalho junto às unidades de atenção básica, após a observação de que o cuidado oferecido era de baixa resolutividade e a qualidade do atendimento era inferior à recomendada. O usuário nem sempre tinha o seu problema resolvido, as informações eram incompletas, observava-se uma falta de capacidade de agendamentos em consonância com a demanda. Nem sempre os medicamentos indicados para o tratamento estavam disponíveis, sendo necessário o retorno à Unidade diversas vezes, sem sucesso. Essa realidade despertou-me para a necessidade de um olhar mais aprofundado acerca do funcionamento do programa Estratégia Saúde da Família (ESF).

Lins *et al.* (2014) relatam que os problemas na ESF são descritos por vários teóricos de maneira camuflada e tendenciosa, sendo portanto necessário o desenvolvimento de estudos que apresentem sua realidade na visão dos profissionais de que atuam neste setor da saúde, pois estes trabalhadores são os que operacionalizam na prática as decisões políticas, e conseqüentemente vivenciam seus entraves no cotidiano de seu trabalho.

A investigação sobre a realidade da ESF poderá preencher as lacunas existentes no conhecimento, acerca dos entraves responsáveis pela baixa qualidade da assistência, identificada no cotidiano do cuidar neste modelo de cuidado em atenção primária.

Percebe-se que houve um avanço e ampliação na oferta de serviços no sistema público de Atenção Primária (AP), contudo essa evolução não conseguiu melhorar sua imagem perante a sociedade, de um sistema de saúde para os pobres que não podem pagar pelo sistema de saúde privado. Esta imagem é decorrente da dominância no seu cotidiano pelo modelo biomédico com ênfase às consultas médicas e oferta de medicamentos gratuitos. Apresentando como entraves a baixa resolutividade, o número insuficiente de oferta de vagas para consulta e exames com especialistas, a ausência de um sistema de informação competente com referência e contra referência. São entraves, ainda, o desempenho profissional influenciado pela baixa fixação e alta rotatividade, postura descompromissada com os resultados e falta de estímulos ocasionados pelos baixos salários oferecidos (MATTOS, 2009; GOMES *et al.*, 2011).

O desempenho profissional sofre influência da formação bióloga, técnica, imediatista, com forte tendência a especialização e fragmentação. Esta formação interfere negativamente na dedicação, no planejamento e na aplicação das ações de educação e cuidado em saúde centrado no usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) gerando um desafio a este profissional de como oferecer na prática um cuidado que oriente sobre as soluções dos problemas que não são de ordem física (SILVA, *et al.*, 2013; MONTENEGRO; PENNA; BRITO, 2010).

Em estudo realizado por Galavote *et al.* (2011) com os profissionais Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foram identificados como entraves no trabalho junto a ESF o convívio conturbado entre os membros da equipe, excesso de pressão e cobranças por resultados, falta de material, a presença da violência nos bairros, falta de capacitação técnica decorrente da pouca oferta de treinamentos, excesso de hierarquização dentro da própria equipe de saúde que resulta em preconceito aos membros com poder aquisitivo menor e baixa remuneração entre outros.

Pinto *et al.* (2012) descrevem como entraves na qualidade dos serviços da ESF a lacuna entre seu modelo desenhado, e sua realidade ocasionados pela baixa integração entre atividades de hospitalização e a atenção comunitária, distribuição de medicamentos deficitária, destacando a necessidade de pesquisas em localidades diferentes que apresentem sua forma de integração com os demais níveis da assistência e, assim, atinja um dos objetivos da AP que é a promoção da saúde.

Compreender essa realidade é essencial para a construção de um novo modelo de cuidado em saúde, pautado em vínculos fortes e acolhimento respeitoso e solidário, capaz de impulsionar o caminhar da ESF rumo consolidação da prática do cuidado integral (PIRES; RODRIGUES; NASCIMENTO, 2010; GONZE; SILVA, 2011).

Desvendar a realidade da ESF é destacada por Almeida e Ciosak (2013) como imprescindível para a ampliação dos conhecimentos sobre a grandeza e complexidade que envolve a Atenção Básica (AB), além de sua ligação com os demais níveis da assistência, capacidade de articulação e intersectorialidade necessária no processo de cuidados ao usuário do sistema de saúde.

Diante da relevância dessa temática, é interessante conhecer como está acontecendo o processo de trabalho das equipes da ESF, considerando o cuidar integral? O que os profissionais de saúde apontam de fragilidades e potencialidades

para o cuidar na Estratégia Saúde da Família? Como os profissionais percebem o seu papel profissional? Destaca-se que o cuidar integral na atenção básica, na ESF, é um dos maiores desafios do SUS, tanto pelo fato das questões de ordem conjunturais como as de ordem cultural e de formação dos trabalhadores da saúde.

2 OBJETIVO

Analisar o cuidar no contexto da estratégia saúde da família na perspectiva dos profissionais.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 O Modelo de Atenção à Saúde na Estratégia Saúde da Família

Em 1974, foi apresentado no Canadá um relatório de saúde local, que demonstrava a relação saúde/doença com aspectos relacionados ao organismo, meio ambiente, estilo de vida e o papel das organizações de saúde neste contexto. O fator organismo pode ser representado pela hereditariedade sob a qual o indivíduo não tem poder de modificação. O fator meio ambiente diz respeito ao saneamento, acesso à água potável, entre outros sob os quais o indivíduo também tem pouco poder de modificação. O estilo de vida são as variáveis tabagismo, alcoolismo, atividade física etc. e como esta escolha pode influenciar negativamente no desenvolvimento de doenças incapacitantes ou mesmo levar o indivíduo à morte (LALONDE, 1981).

Organização da atenção à saúde é o fator que se materializa nas unidades de atendimento e deve oferecer quantidade (de unidades de saúde e de profissionais), cuidado de qualidade e relação pessoal que viabilize a prestação de cuidados à saúde; sua compreensão como os outros elementos contribuem para a melhora da qualidade da saúde individual e coletiva, visto a mudança no perfil de adoecimento da população com diminuição dos acometimentos e letalidade por males infecciosos seguido pelo aumento dos casos de doenças crônicas não transmissíveis decorrentes principalmente do fator estilo de vida (LALONDE, 1981).

Em 12 de Setembro de 1978, em Alma-Ata, Cazaquistão, União da República Socialista Soviética foi finalizado o relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários que apresentou como meta “saúde para todos no ano 2000” que definiu saúde como:

o estado de completo bem-estar físico, mental e social, um direito humano fundamental, e a consecução do mais elevado nível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer, além do setor da saúde, a ação de muitos outros setores sociais e econômicos. A promoção e proteção da saúde dos povos são essenciais para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade da vida e para a paz mundial (ALMA ATA, 1978, p. 1-2 *apud* BRASIL, 2002).

Na literatura mundial o termo usual é Atenção Primária (AP), no Brasil este campo de práticas é denominado de Atenção Básica (AB) e significa o primeiro nível

de atenção à saúde e sustenta-se no princípio da integralidade, compreendido como a articulação de ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. No cenário internacional ou nacional, o conceito de AB são embasados em cuidados resolutivos e de qualidade (SOUSA; HAMANN, 2009).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define atenção básica como:

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

No Brasil, no final da década de 1970, teve início o movimento Reforma Sanitária que criou um consenso em torno dos princípios idealizadores e de gestão do SUS, com ênfase ao dever do Estado sobre a saúde e do direito a ela a todo cidadão brasileiro, de maneira universal, equânime e integral. Apesar de todos os avanços, a Constituição Federal de 1988 não abarcou todas as reivindicações do movimento, e tratou de maneira genérica o financiamento do sistema, liberou a atuação livre da iniciativa privada na saúde, e transferiu obrigações do Estado para os municípios; tudo isso permeado com idéias neoliberais representadas no congresso nacional da época (MATTOS, 2009).

A Atenção Básica em Saúde (ABS) foi projetada para ser a porta de entrada do usuário ao SUS e o primeiro nível de contato com a população devido a sua localização geográfica próxima do indivíduo, família e comunidade. Quando em funcionamento adequado promove ações de saúde, que resulta na minimização de filas nos prontos socorros, pois sua população adstrita está vinculada e recebendo um atendimento de qualidade, humano de acordo com os princípios da universalidade, equidade e integralidade (CECILIO *et al.*, 2012).

Além de ser considerada a porta de entrada no sistema único de saúde, a Atenção Primária apresenta como característica sua integração com os demais níveis de complexidade, e essa ligação favorece o caráter resolutivo e integral implícito neste modelo assistencial. Este desenvolvimento adequado da APS melhora as condições de saúde da população e se refletem em outros pilares de

crescimento do país como melhora das condições sociais e econômicas (HEIMANN *et al.*, 2011).

A partir de 1998, foi incluído no modelo de AB o Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que ofereceram uma nova estrutura organizacional nos serviços de AB, focando nas necessidades da família e comunidade, atuando então de forma efetiva na promoção e proteção da saúde além de impulsionar o processo de descentralização (PAIM *et al.*, 2011; GIL, 2006).

O usuário deve ser respeitado em seu contexto de vida, saúde, sofrimento, doença, experiências; que atua na promoção à saúde, redução do risco, tratamento e reabilitação. Esta é uma das missões do SUS, destacada na atenção primária à saúde (APS) com ênfase no PSF (BRASIL, 2010).

O PSF foi concebido como Estratégia Saúde da Família (ESF) para a reorganização e fortalecimento da AB como o primeiro nível de atenção à saúde no SUS, através da ampliação do acesso e reorientação das práticas de saúde, materializando-se numa forma de pensar e agir que contribui positivamente para a construção de um modelo de atenção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (SOUSA; HAMANN, 2009).

A ESF tem como princípio a integralidade, equidade e universalidade; oferece um cuidado centrado na necessidade do usuário tendo como responsabilidade maior a reorientação das práticas de saúde, focado na minimização dos problemas sociais. Neste contexto, a criação de políticas municipais de saúde devem envolver todos os setores governamentais e não governamentais, fortalecendo assim o poder de decisão da sociedade local (DIAS *et al.*, 2014).

De acordo com Brasil (2010) a Estratégia Saúde da Família tem como fundamentos e diretrizes:

- **Adstrição territorial** de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades;
- **Acesso universal** e contínuo aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e

resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção;

- A **adscrição** dos usuários, que é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O **vínculo**, que é a construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde. A **longitudinalidade** do cuidado, pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente;
- Coordenar a integralidade integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, entre outros;
- Estimular a **participação social** de forma a ampliar sua autonomia e capacidade de construção do cuidado individual e/ou coletiva no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde.

Em decorrência do modelo assistencial curativo ter resultado em atendimentos de saúde superficiais, minimizado a qualidade de vida coletiva, idealizou-se um novo modelo de assistência prestada em redes de atenção, em que são oferecidos cuidados integrados com qualidade e responsivo, vigiando agravos crônicos e agravantes externos, tais como, o tabagismo, o alcoolismo, a obesidade. A atenção básica está localizada no centro desta rede de atenção (MENDES, 2011).

Na prática da ESF, os profissionais vivenciam sentimentos conflituosos como o desrespeito dos familiares ao doente e seu próprio despreparo técnico para lidar com a situação de morte e morrer. Esses entraves interferem negativamente no vínculo estabelecido entre o profissional, familiares e cuidadores. Vínculo este que deve ser embasado na confiança mútua, construído através do acolhimento e da escuta, pois possibilitará o planejamento de um cuidado que minimize o sofrimento no final da vida assim como fortaleça a família na vivência do luto inevitável (SILVA, L. *et al.*, 2013).

A efetivação e garantia da minimização de problemas de saúde já existentes ou não, individual ou coletivo, somente pode ser possível através da criação de uma rede de serviços interligada e multiprofissional, com processos de trabalho resolutivo e economicamente viável (LIMA *et al.*, 2012).

O cuidado ideal pode ser alcançado com incremento da equipe profissional e valorização de suas queixas físicas sobre a doença aguda ou crônica, desvelando seu contexto de saúde, trabalho, habitação, posturas entre outros (GALHARDI; BARROS; LEITE-MOR, 2013).

3.2 O Cuidar na Promoção à Saúde

Em 1986, em Otawa, Canadá aconteceu a primeira conferência mundial de promoção à saúde, o documento gerado é denominado de Carta de Intenções, e serve como resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública. Esta carta de intenções define promoção à saúde como:

Processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver (OTAWA, 1986, p. 1, *apud* BRASIL, 2002).

A promoção da saúde tem como foco a atuação e o empoderamento do indivíduo, família e comunidade; as ferramentas mais indicadas são as ações grupais, em que os sujeitos podem manifestar suas dúvidas e ampliar conhecimentos. Os profissionais de saúde envolvidos fortalecem essa dinâmica por meio do acolhimento, do vínculo e do diálogo (COSTA; LOPES, 2012).

Empowerment é a palavra chave da construção da promoção à saúde, ela contextualiza um poder de decisão do usuário do sistema de saúde sobre sua própria saúde. Para se atingir esse nível de autonomia ações intersetoriais que incentivem a participação popular nos processos decisórios podem gerar ações menos generalizadas e mais significantes em nível local refletindo assim em maior comprometimento envolvimento comunitário. Comunidade saudável ainda é resultado de políticas sérias, comprometidas com a melhora das condições sociais e de saúde, por meio de transparência dos investimentos financeiros e criação de políticas para grupos específicos como gestantes, idosos e crianças (LOUREIRO; MIRANDA; MIGUEL, 2013).

A promoção da saúde permite a ampliação do conceito saúde e doença, pois abrange a pessoa como um sujeito ativo, carente de bem-estar físico, mental e

social. Esse aspecto levou a necessidade de mudanças no modelo de atenção à saúde, com atendimento ao usuário de maneira integral, compreendendo seu contexto de vida, trabalho e saúde. O novo perfil epidemiológico da população apresenta controle de doenças transmissíveis e aumento dos casos de doenças crônicas se apresenta como os desafios políticos e culturais a serem transpostos pelo SUS (MONTENEGRO; PENNA; BRITO, 2010).

Planos de ação de promoção à saúde devem ter como ideal promover a autonomia e o empoderamento do usuário além do fortalecimento da participação popular, para o alcance dessa meta é necessário que se conheçam as fragilidades e potencialidades locais. O processo de territorialização facilita esse conhecimento e, conseqüentemente, a criação de planos e políticas que compartilhem as vivências onde essa vivência acontece (MOYSÉS; SÁ, 2014).

As políticas públicas de promoção à saúde devem ser elaboradas de maneira intersetorial pois, possibilitam a clareza de que vários setores desenvolvem ações focadas no mesmo público enquanto outros públicos não são atendidos; exemplo disso são as ações unisetoriais da secretaria de ação social e secretaria de saúde à gestantes. A junção dos setores favorece a definição em nível local de metas, ações, financiamento, gerência, coordenação além do compartilhamento das responsabilidades, maximizando, assim, as chances de alcance de resultados positivos; porém todo esse desenvolvimento apenas será possível se houver interesses políticos envolvidos capazes de organizar esse encontro dos diversos setores (TESS; AITH, 2014).

As crises econômicas atingem diretamente a qualidade de saúde de uma população, pois refletem negativamente na oferta de empregos, nas condições de trabalho destacando um dos principais agravantes de saúde, a pobreza. As ações de promoção à saúde devem considerar esses aspectos econômicos e, para isso, contam com a ferramenta da territorialização, e contato direto e próximo à comunidade que possibilita compreender essa situação in loco e, assim, traçar estratégias e ações específicas, porém para sua efetivação é necessário o desenvolvimento da formação e informação do profissional de saúde que atue na atenção à saúde local (LOUREIRO; MIRANDA; MIGUEL, 2013).

As diferenças regionais são valorizadas pelas políticas públicas de promoção à saúde, por meio do estímulo da participação e integração dos processos de trabalho, favorecimento do vínculo entre o profissional de saúde e o usuário, e

educação para a autorresponsabilização do usuário. Para se obter um resultado adequado, é necessário que o profissional desenvolva uma responsabilidade social, e analise as posturas hierárquicas e centralizadoras, que tendem a resultar em um serviço ou atendimento descomprometido com a qualidade do cuidado oferecido (AZEVEDO; PELICIONI; WESTPHAL, 2012).

Cuidar exige do profissional de saúde uma postura que o direcione a novos caminhos e visualizem o usuário, família ou comunidade de maneira integral. As ações desenvolvidas necessitam identificar além dos problemas de saúde e doença seus problemas de cunho social, suas subjetividades envolvidas neste processo. A interação entre o profissional e cliente resulta no vínculo da relação, este reflete na aceitabilidade e valorização do profissional por parte do usuário; apenas após esta valorização o cuidado indicado será planejado, implementado e aceito pelo usuário (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

O cuidar permanente dá ênfase ao cuidado continuado e envolve cinco etapas. A primeira etapa é o acolhimento, comunicação e escuta; a segunda etapa é a construção de vínculos, para isso, o usuário precisa ser estimulado a se comunicar verbalmente, o profissional por sua vez necessita escutar; a terceira etapa é o uso de tecnologias e técnicas para auxiliar o usuário no enfrentamento do problema; a quarta etapa é o estímulo e educação para o autocuidado e adesão ao tratamento; e a quinta etapa é o encontro, etapa onde o EU profissional se encontra com o TU usuário, novamente envolve comunicação e escuta (FURTADO *et al.*, 2010).

É necessário que se respeitem as relações interpessoais, profissionais e com os usuários em todos os níveis da assistência, construindo um laço forte e decisivo para a concretização do cuidado. O cuidado nesse contexto é desenvolvido além de um único momento, abarca um acompanhamento contínuo que propicie o aumento do conhecimento e autonomia da saúde ao usuário do SUS (MONTENEGRO; PENNA; BRITO, 2010).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, tipo estudo de caso, realizado com os profissionais de sete equipes de Estratégia Saúde da Família.

No estudo de caso, as análises devem obedecer à sequência de identificação das evidências, interpretação dos achados rivais, descoberta dos aspectos mais relevantes e significativos e por fim, a apropriação de experiências prévias para fundamentar as análises (YIN, 2010).

O estudo de caso, como método de pesquisa, é utilizado por diversas ciências como antropologia, educação, enfermagem, entre outras. Quanto à amostragem pode ser intencional a fim de se pesquisar profundamente um fenômeno; ou teórica para confirmar ou refutar uma hipótese de estudo anterior. A coleta de dados pode ser por meio de entrevista, investigação documental, observação não participante, entre outros (KEEN, 2009).

Os estudos de caso podem ser do tipo único quando analisa profundamente um caso crítico; holístico e integrado, quando vários casos únicos geram uma análise total; coletivo quando se analisa uma organização, neste caso, a questão deve ser sobre a organização estudada. Este tipo de estudo é a preferência quando se pretende analisar um fenômeno contemporâneo complexo; são indicados para estudo individual, organizacional, social, político. Podem ser classificados ainda como exploratório, descritivo ou explanatório; sua origem normalmente se dá com a construção da pergunta de estudo em “como” e “por que” (YIN, 2010).

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado com todas as equipes de Estratégia Saúde da Família, de uma cidade da região Sudoeste do Estado de Goiás, Brasil, nos meses entre abril a junho de 2014.

A população do município estudado é de 59.275 habitantes, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) 0,718 (IBGE, 2014).

O atendimento na AB é realizado por sete equipes de ESF, localizadas em cinco UBS, ou seja, algumas equipes dividiam o mesmo espaço físico; três das cinco UBS oferecem atenção à saúde bucal. Em cada unidade de saúde trabalham:

- Duas enfermeiras,
- Duas auxiliares ou técnicas de enfermagem junto às equipes ESF;
- Quatro técnicas de enfermagem junto a salas de vacinas;
- Dois ou três médicos;
- 14 a 16 ACS;
- Um cirurgião dentista;
- Um ASB;
- Um auxiliar de serviços gerais;
- Um ou dois recepcionistas;
- Algumas unidades contam com um profissional denominado de Coordenador Geral da Unidade Básica de Saúde, cargo de indicação e confiança do gestor, ocupado por profissional de nível médio.

A lotação de duas equipes de ESF em cada UBS cria dificuldades de atendimento, pois a área adstrita se localiza em áreas urbanas distantes da unidade de saúde. Há ainda uma equipe responsável por área rural e uma equipe responsável por área peri-urbana. Os ACS que trabalham nestas áreas distantes das UBS's frequentam a unidade apenas uma vez por semana ou uma vez por mês, no caso dos rurais. Além disso, esta concentração de equipes dificulta a identificação da equipe por parte dos usuários e conseqüentemente a construção de vínculos.

O horário de atendimento ao usuário é das 07h às 17h, sem intervalos para almoço. Os agendamentos para as consultas são realizados, diariamente, em horário predefinido, para o mesmo dia ou no primeiro dia posterior e obedecem a ordem de chegada dos pacientes. São previstos nas agendas encaixe de pessoas em situações consideradas de urgência como febre, alteração de Pressão Arterial, dores, vômitos, entre outros.

Algumas equipes oferecem o encontro grupal semanal ou mensal aos hipertensos e diabéticos, aos idosos, aos homens, e às gestantes, em parceria com o Serviço de Assistência Social. A estratégia adotada de educação nestes grupos é

a oferta de palestras, aferição de níveis pressóricos e glicêmicos, além da doação de brindes no final da gestação. A equipe de suporte ao grupo é constituída pela enfermeira, uma técnica de enfermagem e agentes comunitários de saúde, os médicos e odontólogos são incluídos em alguma apresentação oral específica das atividades educativas.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil é realizado pelas ACS nas micro áreas onde são cadastradas, destacando este acompanhamento rigoroso como requisito para manutenção de programas de transferência de renda mantido pelo Governo Federal. Outro aspecto do cuidado à criança é a parceria mantida entre o Governo Municipal e a Igreja Católica, por meio da Pastoral da Criança, que além do acompanhamento do crescimento, do peso e do desenvolvimento fornece multimistura, lanche, material de apoio e consultas pediátricas e obstétricas.

4.3 Seleção dos participantes

Foram incluídos os profissionais de níveis superior e médio, que possuíam experiência e trabalhavam na ESF em um período igual ou superior a seis meses. A seleção dos Agentes Comunitários de Saúde se deu por intencionalidade, por meio de indicação pelo coordenador de equipe, tendo como pré-requisito os trabalhadores com boa expressão oral, perfil de liderança e que apresentassem interesse em contribuir com o estudo.

Foram excluídos do estudo os profissionais que estavam ausentes na ocasião do estudo por férias, licença maternidade, ou outro tipo de afastamento temporário ou permanente.

4.4 População e amostra

A população do estudo foi constituída pelos profissionais da saúde que integram as sete equipes de ESF: médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS) e auxiliares de saúde bucal (ASB), totalizando:

- Sete enfermeiros: três eram efetivas; uma contratada; duas em desvio de função;
- Oito médicos: três eram contratados pelo Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB); um pelo Programa Mais Médicos; dois efetivos; dois contratos comissionados;
- 56 ACS: todos efetivos;
- Três cirurgiões dentistas: todos efetivos;
- Três Auxiliares de Saúde Bucal (ASB): um era efetivo e dois contratados;
- Sete técnicos de enfermagem (TE): três eram efetivos; quatro contratados.

A amostra foi constituída por 18 profissionais (Tabela 1) selecionada em consonância com os critérios de elegibilidade, inclusão e exclusão, e conforme a aquiescência do profissional em participar do estudo.

Tabela 1- Distribuição dos profissionais das Equipes da Estratégia Saúde da Família, em uma cidade do Sudoeste de Goiás, 2014

Categoria Profissional	População	Atenderam aos critérios de inclusão	
	N	n	n
Enfermeira	07	06	05
Médico	08	04	02
Cirurgião Dentista	03	03	02
Técnico de Enfermagem	07	05	03
Agente Comunitário de Saúde	56	09	05
Auxiliar de Saúde Bucal	03	03	01
Total	84	30	18

Fonte: dados coletados no departamento de pessoal do serviço.

4.5 Coleta dos dados

A coleta de dados aconteceu entre abril e junho de 2014, por meio de entrevista, seguindo roteiro semiestruturado (APÊNDICE A) com questões norteadoras para compreensão de aspectos mais aprofundados sobre o cuidar na atenção básica, e foi registrada em equipamento de áudio (gravada) ou manuscrita pela pesquisadora, conforme preferência do participante.

A entrevista ocorreu de forma presencial e individual, no próprio local de trabalho do participante, em sala que permitia a privacidade. Os horários das entrevistas foram ajustados de forma que não interferissem nas agendas do participante e pesquisadora, respeitando e privilegiando sempre a comunidade usuária da unidade de saúde.

Utilizou-se, também, notas de campo que consistem no registo de dados fruto de observação da pesquisadora no cenário do campo da pesquisa, mediante registo livre com o objetivo de corroborar na fase de interpretação dos dados.

Inicialmente, foi realizada uma visita a todas as UBS para apresentação da proposta do estudo, convite aos profissionais, escolha de sala e agendamento para coleta de dados. Posteriormente, voltou-se às unidades para assinatura e entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE B) e realização da entrevista.

4.6 Organização e análise dos dados

Os relatos foram organizados no Microsoft Word[®] 2010. Cada entrevista foi transcrita de forma integral, com exatidão das falas. Após a descrição foram realizadas leituras repetitivas dos depoimentos a fim de identificar características comuns, conceitos subjacentes e/ou conjunto de conceitos (detalhe, especificidade e abstração), emergindo as categorias. Foram agrupados os dados de todos os participantes de acordo com as categorias identificadas, descritas e analisadas com as complementações do registo do diário de campo. Os conceitos relacionados foram agrupados para facilitar o processo de codificação (unidades de registros), categorização e análise (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

A sequência desta organização e análise foi um processo contínuo que exigiu frequentes reorganizações. As leituras reflexivas e analíticas dos relatos permitiram a identificação das características comuns e inéditas e subsidiaram a criação das unidades de registros; das unidades de registro emergiram as categorias de análise; as unidades de registro foram organizadas nas respectivas categorias; as categorias foram analisadas e complementadas com o auxílio dos registros do diário de campo.

Para garantir o anonimato, os participantes foram identificados com a letra P, seguida pelos números 1 a 18.

4.7 Aspectos éticos

O presente estudo faz parte do Projeto “A formação da graduação em enfermagem e as práticas no sistema de saúde – mudanças, contribuições e desafios” incluído no subprojeto III “Processo de construção do conhecimento na formação do enfermeiro: demandas dos serviços de saúde e da sociedade contemporânea” devidamente cadastrado e aprovado pelo comitê de ética em pesquisas da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO) sob o protocolo número CAAE 0114.0.168.000-11 em 24/06/2011 e Registro CEP 1780/2011 (ANEXO 1).

Foi enviada solicitação de pesquisa a instituição coparticipante (ANEXO 2), e obtida a devida autorização mediante a assinatura da Declaração de Consentimento e Corresponsabilidade (ANEXO 3). Foi solicitado ainda o consentimento do participante no estudo por meio da assinatura do TCLE em 02 vias de igual teor, sendo disponibilizada 01 via para o participante e 01 via para a pesquisadora.

Foi garantido o anonimato dos participantes, os quais não serão identificados em nenhuma hipótese. A apresentação dos resultados foi realizada de modo geral, sem individualizar os participantes, e analisados no seu conjunto.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Distribuição sociodemográfica da população

A categoria profissional com maior representatividade foi agentes comunitários de saúde e enfermeiros ambos com (27,78%) dos participantes. A maior faixa etária foi entre 25 – 35 anos (33,33%). Quanto à titulação (27,78%) são especialistas, não foram encontrados mestre ou doutores neste estudo (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família, segundo as variáveis sociodemográficas, n=(18), em uma Cidade do Sudoeste do Estado de Goiás, 2014

Categoria profissional	n	%
Agente comunitário de saúde	05	27,78
Auxiliar de saúde bucal	01	5,56
Cirurgião dentista	02	11,11
Enfermeiro	05	27,78
Médico	02	11,11
Técnico de enfermagem	03	16,67
Idade		
25 – 35 anos	06	33,33
36 – 45 anos	04	22,22
46 - 55 anos	05	27,78
56 – 65 anos	03	16,67
Sexo		
Masculino	03	16,67
Feminino	15	83,33
Escolaridade		
Fundamental completo	01	5,56
Ensino médio	04	22,22
Superior incompleto	02	11,11
Superior completo	06	33,33
Especialização	05	27,78
Tempo de atuação em Atenção Básica		
01 – 07 anos	13	72,22
08 – 14 anos	03	16,67
15 – 21 anos	01	5,56
22 – 28 anos	01	5,56

Destaca-se que dois ACS possuem escolaridade superior completo, além de outros dois ACS com superior incompleto, demonstrando interesse em aprimoramento do trabalho ofertado e conseqüentemente melhora na qualidade do

cuidado. Quanto ao baixo número de profissionais com especialização leva-nos a reflexão sobre a instabilidade dos contratos, remuneração baixa e plano de cargos e salários precário. Outro aspecto é o alto índice de profissionais com pouco tempo de atuação (entre 01 – 07 anos) na ESF, relacionado com a alta rotatividade ocasionada pelos modelos de contratos predominantes no município.

5.2 Categorização dos dados

Das entrevistas e das observações registradas no diário de campo emergiram três categorias: 1 – Cotidiano do cuidar na Estratégia Saúde da Família; 2 – Cuidar como reflexo da gestão; 3 – (Des)humanização do cuidar.

5.2.1 Cotidiano do cuidar na Estratégia Saúde da Família

O cotidiano de cuidado local é a oferta de atendimento interno na UBS destacando o cuidado centrado na doença, com foco curativista. Em geral, este atendimento é realizado mediante agendamento prévio e deve obedecer a uma escala semanal separada por grupos (gestantes, idosos, crianças, hipertensos) exceção feita para os casos de urgência ou emergência como febre, cefaleia, diarreia, entre outros. A dedicação ao trabalho de cuidar é dividida com as responsabilidades gerenciais da equipe e da unidade de saúde.

No momento meu cotidiano está um pouco dividido entre a coordenação e o serviço de assistência à população doente, a gente não consegue fazer uma ação de prevenção. Os pacientes são atendidos conforme a demanda, e o tipo de atendimento (gestante, idoso, hipertenso, diabético, criança) (P16).

Dentro da unidade a gente fica muito presa é na parte burocrática. Nós cuidamos durante as consultas (P05).

Atendo ao público dividido pelos dias da semana (gestante, idoso, HIPERDIA, homens). Realizo encontros de HIPERDIA com reuniões mensais (em conjunto com a outra equipe de ESF) no centro comunitário onde aferimos PA, realizamos HGT, entregamos medicamentos além apresentar palestras (P12).

As consultas são agendadas geralmente de um dia para outro, mas quando vejo que a pessoa está com necessidade marco para depois de uns 02 ou 03 dias para frente. Quando sobra vaga encaixo outro paciente por ordem de chegada, sem nenhum tipo de triagem (P03).

Atendendo urgências e emergências e pacientes agendados. Damos preferencia aos pacientes da nossa área, mas atendemos também de outras áreas. Os casos emergenciais chegam antes do início dos atendimentos (P04).

Faço acolhimento, triagem, curativos, injeções, nebulização, soroterapia, coleta de material para exames (P13).

As consultas são agendadas e temos algumas vagas para os casos de urgência, não temos suporte para grandes emergências (P14).

Camatta, Wetzel e Schneider (2012) relacionam à visita do usuário a unidade de atenção primária para satisfazer alguma necessidade prévia, como obtenção de encaminhamentos ou prescrições médicas, suporte a mal-estar súbito ou crônico e compartilhar acontecimentos ou experiências. A realidade é focada no cuidado curativo e biológico, indo na contramão da AP que tem como objetivo oferecer um cuidado integral ao usuário, família e comunidade, atendendo além do físico toda a subjetividade envolvida no contexto das necessidades de saúde da população por meio da interação e do conhecimento social. A reunião grupal é apontada como uma ferramenta eficaz de superação desse modelo tradicional.

Em pesquisa realizada por Zampieri e Erdmann (2010), os profissionais ressaltaram que o atendimento a gestante deve superar o modelo de atenção com consultas rápidas e envolver toda a equipe multidisciplinar com ações educativas, visitas domiciliares, acolhimento dos pais e companheiros e outros familiares, favorecendo assim o diálogo e a reflexão na gestação. Diferente do modelo predominante nas unidades de AB com consulta rápida, encontro com data e horário marcados e limitados a exames físicos, com pouca escuta e sem empoderamento da mulher.

Motta, Aguiar e Caldas (2011) descrevem a ESF como esfera organizadora da Atenção à Saúde por meio da ligação e centralidade relacionada aos demais níveis da assistência através do trabalho em redes de atenção. Esse modelo de atendimento melhora a qualidade de vida da população adstrita abrangendo grupos

populacionais distintos crianças, gestantes, idosos, portadores de doenças infecciosas, pessoas problemas sociais, vítimas de violência, entre outros.

Brandão, Giovanella e Campos (2013) descrevem que a ESF tem necessidade de desenvolver vários atendimentos femininos, em decorrência do seu ciclo de vida que passa por períodos específicos como gestação e pré-natal, prevenção, diagnóstico e tratamento precoce dos cânceres de colo uterino e de mama, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de seus filhos.

Outros aspectos destacados do cotidiano de cuidar foram as carências sociais da população e as ações desenvolvidas para minimizá-las. Assim, a ausência do Assistente Social como integrante da equipe de saúde apareceu em destaque nas falas dos participantes, pois no município este profissional é lotado junto à Secretaria de Ação Social. Os problemas enfatizados pelos profissionais como falta de moradia, de alimentos, de água tratada, de cobertores, além de problemas sociais como a violência, a dependência química, a gestação não planejada e abandono, entre outros, apareceram fortemente nos relatos:

Como que a gente vai fazer aplicação de flúor dentro de uma casa sem condição de moradia? (18).

Busco cobertor, alimentação para a população carente. As pessoas pensam que a fome está nas grandes cidades, mas quando andamos nos deparamos com ela bem perto (P15).

Têm muitas gestantes, algumas jovens, solteiras, que tem vários filhos de pais diferentes, que muitas vezes abandonam os filhos para serem criados pelos avós e assim se formam os bolsões de pobreza. Há o uso de entorpecentes, os dependentes químicos. Uma boa infraestrutura de cunho social talvez fosse mais valioso que a presença do médico que é o clímax da visita domiciliar, pois é muito pequena a resolutividade. Falta a assistente social junto à equipe (P14).

Quando eu vejo uma família carente com um problema de saúde, financeiramente, vou até os órgãos públicos e nem sempre eu consigo, nem sempre há solução (P11).

É um pessoal muito carente, principalmente os que vêm do nordeste (P04).

Junto com a pobreza vem muitas crianças abandonadas, essas drogas que entram na saúde e educação. Os adolescentes precisam ser mais cuidados, conseguir emprego para eles, para tira-los da rua, porque a droga é uma doença, o alcoolismo é uma doença. Tem que ter mais grupos de apoio para cuidar dos dependentes químicos (P02).

Tesser *et al.* (2011) ressaltam que a equipe da ESF deve conhecer a realidade social e sanitária da população de sua área, pois favorecerá o desenvolvimento de ações de promoção à saúde e assim melhorar a qualidade de vida do indivíduo, família e comunidade, e para melhor efetivação deve envolver nesse processo entidades classistas, não governamentais e governamentais.

Os entraves no modelo de cuidar na ESF apesar de sua expansão, permanece arraigado no interior das UBS interferindo negativamente no trabalho das equipes de saúde. Essa interferência negativa pode ser a formação biológica, a pressão tecnológica exercida sobre os profissionais, a falta de incentivos e compreensão de seu papel neste contexto de atendimento.

Mesmo reconhecendo que houve evolução de saúde sanitária e social os aspectos excludentes ainda são percebidos de forma contundente nos relatos. Os fatos presentes na sociedade urbana, mais especificamente na parcela da população empurrada para as margens das grandes e médias cidades, onde mesmo sendo vítima da falta de políticas sociais, de educação, busca nas unidades de saúde, em momentos de maior vulnerabilidade, um amparo e lá encontra outra forma de preconceito, materializada pela longa permanência nas filas ou incompreensão de sua realidade, por parte do profissional.

Os profissionais manifestaram preocupação com a qualidade do trabalho, com a competência, compromisso e preparo profissional, no cotidiano do cuidar.

Estudo realizado por Brandão, Giovanella e Campos (2013) apresentou que quanto menor a expectativa maior é a satisfação e que, no relacionamento profissional – paciente, a continuidade da ação fortalece a ação. A comunicação verbal e não verbal adequadas aproximam a prática da integralidade.

Tudo é questão de atendimento e trabalho, as ações vão melhorar muito, eu confio nisso; hoje a gente trabalha no apaga fogo, para ver se não deixa a população sem atendimento mas a gente não consegue atingir o que a ESF preconiza, fica só assistencial não trabalha a prevenção. Eu acredito tanto nisso

que eu espero que isso seja a solução, isso é o que eu gosto de fazer, apesar de todas as dificuldades, decepções, desmotivações, mas eu acredito muito que vai funcionar (P16).

A secretaria de saúde deveria criar estratégia de qualificação de todos os profissionais (P06).

Para orientar a população a gente usa as receitas, pesquisa, estuda conversa com o médico, ele ensina muito a gente. Mas nem todas as ACS têm coragem e entregar preservativos sexuais (P08).

Temos algumas colegas que pensam que basta pegar assinatura do paciente, eu faço questão de estudar, eu levo revistas, eu tenho um grupo de pessoas na minha área que a gente faz troca de livros, um termina de ler passa para os outros. As pessoas que precisam de algo mais (P08)

Já participava de grupos religiosos que ajuda as famílias, antes de trabalhar na saúde. Agora essa é a maneira que eu escolhi para contribuir com as pessoas mais carentes. Aqui a gente aprende muito, vendo as dificuldades das famílias a gente tira muito proveito porque eu também tenho uma família (P11).

A equipe é igual a um relógio, e se uma peça estiver estragada estraga todo o resto, se cada um fizer bem a sua parte, desenvolver bem o seu papel melhora todo o resto (P04).

Faço isso porque gosto, pelo bem dos pacientes e meu bem também, pela minha consciência tranquila (P13).

Atendemos mesmo com equipamento improvisado, porque a gente dá um pouco da gente para a sociedade (P18).

A falta de preparo do profissional foi evidenciada pelo desinteresse na real situação do usuário e de sua família, transferência de culpa para um outro membro da equipe.

Eu acho que muitos profissionais deveriam se atualizar, tem muitos médicos antigos que não acompanharam essa evolução da estratégia saúde da família (P05).

Quando a enfermeira tem boa vontade, não enrola nas marcações o serviço deslancha. Eu adoro trabalhar, acho que a minha diversão é o trabalho gosto demais de trabalhar de ajudar de colaborar, eu me sinto realizada fazendo isso (P09).

Eu tenho mais dificuldade na minha área com as mulheres, tem algumas que não aceitam fazer o preventivo, teve uma que me ameaçou não aceitar a visita se eu continuasse insistindo, já levei uma enfermeira lá, não sei se ela soube conversar direito porque acho que piorou a situação (P07).

Uma coisa que deteriorou foi o nível de médicos que estão saindo da faculdade, eu estou achando que a formação está muito deficitária (P09).

Dos outros postos a gente escuta reclamações porque não conseguem agendar consulta (P03).

Falta um pouco de capacitação da equipe, poderiam ter outros cursos, então penso que os cursos e o trabalho em equipe são fundamentais para o bom andamento do trabalho na unidade de saúde (P14).

Somos bem atentos com os pacientes, eles podem chegar fora de hora, explicamos o horário da emergência, mesmo assim a gente olha e não deixa ir embora sem atendimento. Às vezes eles vêm reclamando de outra unidade que não foi atendido, mas a gente sempre dá um jeito de atender aqui (P17).

Marin, Marchioli, Moracvick (2013) destacam que o modelo atual de atendimento com enfoque na ESF melhorou a qualidade de saúde da população, principalmente, devido a seu poder de contextualização social, porém os entraves ainda estão presentes pela demora e dificuldades para agendamentos e consultas, necessidade de ficar por um longo tempo nas filas durante as madrugadas, falta de esclarecimentos aos usuários do sistema, cuidado sem enfoque nas necessidades reais do paciente, uso inadequado das tecnologias leves no processo de cuidar, descaso dos membros da equipe com sua interação, atendimento concentrado nas ações médicas.

Estudo realizado por Mussi *et al.* (2013) destacou que a visita domiciliar é uma ferramenta que melhora a qualidade do cuidado ao ser humano, quebra uma barreira social existente, eleva seu padrão de conhecimento e adesão ao tratamento indicado, enfim gera um benefício geral na vida dos pacientes acompanhados no interior de suas casas.

Atendo as consultas agendadas e os resultados que aparecem de segunda a sexta feira. Além disso, nas quartas feiras à tarde eu saio para fazer visita domiciliar. As pessoas procuram por

atendimento normalmente quando estão com algum problema de saúde (P09).

Lara, Ogata e Machado (2010) destacam como fatores negativos ligados aos profissionais o desconhecimento da importância da vinculação entre os níveis primário, secundário e terciário; a oferta de atendimento fragmentado, priorizando a especialização; a falta de integração e comunicação na mesma equipe ou entre elas; a falta de atualização e vínculos entre equipes e usuários.

Esta categoria foi marcada pelo envolvimento dos profissionais com os princípios da ESF, e como estes se sentem necessitados de amparo da gestão, na forma de orientações, ou treinamentos. Este “despreparo” também é influenciado pela formação bióloga com pouca oportunidade de atuação em processos de promoção a saúde, visto que geralmente o período de vivência enquanto estudantes nas unidades básicas é curto dificultando então o desenvolvimento de ações concretas que vislumbrem a resolução de problemas grandiosos, como os que encontram na prática.

Outro aspecto é a tentativa de justificar a não contemplação do que rege as políticas da ESF, decorrentes do descaso do colega, demonstrando uma fuga do problema, ou uma tentativa de transferência da responsabilidade da pouca resolutividade ao colega, porque se fosse pela sua própria dedicação o resultado seria outro.

O enfoque no trabalho interno, com sistema de agendamento e espera da iniciativa dos usuários pela busca do serviço de saúde enaltece o modelo curativista, pouco resolutivo e sem evolução, resultando em demanda excessiva.

Esses aspectos tornam o trabalho frágil, pois gera pouca confiança da população na equipe de saúde, e vice versa; refletindo negativamente nas relações internas já que o usuário insatisfeito agride verbalmente a equipe, e esta por sua vez agride seus próprios membros e o usuário. Percebe-se que questões internas de ordem política resultam em pouca fixação do profissional na área e na equipe multiprofissional, fragilizando as relações internas e com o usuário do SUS, todos estes aspectos necessitam receber atenção especial dos gestores e conseqüentemente correções para minimizar os problemas e melhorar a qualidade do cuidado ofertado.

Merece destaque o vínculo e respeito mútuo apresentado pelos ACS enfatizando sempre a necessidade de aprimoramento no processo de humanização. Além da preocupação social dos profissionais, de todos os níveis, com o cuidado à saúde da população local e, por isso, necessitam ser estimuladas e repassadas aos demais profissionais e aos gestores.

5.2.2 Cuidar como reflexo da gestão

Donahue *et al.* (2013) afirmam que as práticas gerenciais são necessárias ao desenvolvimento do trabalho do profissional de saúde, e por isso já são previstas nas bases curriculares. O gestor tem o poder de influenciar positivamente sua equipe, por meio de estímulo à comunicação e interação profissional pode levar à reflexão e estimular decisões. A gestão comprometida com os princípios do SUS resultará na melhoria dos cuidados oferecidos, porém, é necessário destacar que outros fatores intervenientes, como o interesse do próprio profissional, bem como sua não fixação na equipe, podem interferir negativamente neste processo.

O modelo de gestão municipal, em estudo, não contempla um dos pilares da atenção básica que é a construção de vínculos entre os membros da equipe da ESF e a população adstrita. Percebe-se que não há planejamento de linhas de cuidado claras com os referidos fluxos necessários para o cuidado adequado ao indivíduo, família e comunidade.

Os relatos sinalizam a existência de baixa fixação profissional em uma equipe, insegurança quanto ao desenvolvimento de ações, desentendimentos entre os membros da equipe e desconfiança da população.

A população tem a confiança no médico, mas, precisam ouvir nossa confirmação (P07).

O médico passa a medicação, eles não têm a paciência de esperar o efeito dos remédios e já procuram outro médico em outro posto (P08).

Existe um troca-troca muito grande de profissionais e, isso atrapalha o andamento do trabalho, pois não dá tempo para conhecer os pacientes adequadamente (P09).

Às vezes a equipe briga e algum colega desconta em outras coisas ou pessoas. Esta má convivência reflete no atendimento, pois os pacientes percebem que brigamos (P03).

Cada um fala uma coisa diferente para o paciente, e ele não sabe em quem confiar (P13).

A gestão da ESF ainda é utópica, há uma desconexão, não existe aquele profissional de carreira como existe na Inglaterra, que assume um lugar e permanece lá por vários e vários anos, e conhece a sua clientela, e suas necessidades (P14).

Temos estes médicos do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) que ajudam, mas faltam médicos, às vezes fica só 01 médico na UBS, mesmo em dia de gestante, aí não dá para encaixar nem emergência e com isto os pacientes ficam bravos com a gente (P03).

Pesquisa realizada por Campos e Aguiar (2013) sobre a satisfação com a AP espanhola destacou problemas com o tempo de espera longo, a falta de garantia de trabalho digno aos profissionais, a necessidade de possibilitar a prática clínica baseada em evidência científica, recursos materiais insuficientes, falhas na gestão e coordenação da atenção, pouca participação comunitária nas decisões fato que reflete em decisões não condizentes com a realidade local, falta de um programa de atualização profissional, falhas na comunicação ocasionadas pelo sistema de informática.

Outro reflexo da gestão são as constantes referências à falta de material e equipamentos de trabalho como computador, internet além do automóvel para atender as áreas longe das unidades. Há ainda limitação de espaço físico para a realização do trabalho das equipes. Em várias unidades, as salas são utilizadas por profissionais de várias categorias, exigindo o atendimento acelerado, períodos de espera por parte do usuário ou até mesmo de dispensa e novo agendamento. Destaca-se ainda a insuficiência de profissionais para atender a população local.

Falta muito recurso pra gente trabalhar, principalmente recursos material. O PSF deveria ter um carro para equipe, já que tudo que as atividades na rua a gente tem que ir no carro próprio. E mesmo assim, eles exigem que a gente tenha essas ações, só que não dão recursos (P05).

Para o meu PSF ficar bom precisa ter um carro próprio (P11).

A maior reclamação que a gente ouve da população é o excesso de procura, a oferta pequena, faltam profissionais, principalmente médicos, as pessoas tem que permanecer durante as madrugadas na fila. Nesta unidade atualmente só tem 01 médico, para 02 PSF (P08).

Teria que ter mais espaço físico, por exemplo: para coleta de preventivo tem 01 sala para 02 equipes, e por isso cada uma só coleta 01 vez por semana. Falta sala de reunião. Falta internet, impressora, copiadora. Faltam profissionais de saúde, aqui apenas trabalham 02 técnicas de enfermagem o que gera muita fila e dificulta a organização. Faltam profissionais médicos aqui só temos 02 sendo que cada um trabalha em média 02 horas por dia, só atendem os pacientes agendados. Gostaria que esperassem todo o período porque se aparecer mais gente seria atendido, desse jeito a agenda fica muito estendida (P12).

O armazenamento de dados é muito precário não está informatizado, se o paciente realiza um atendimento em outro local você não tem acesso ao exame que ele realizou, ao medicamento que ele tomou. As áreas não são totalmente visitadas, porque há lacunas de cobertura, e deveria ter mais odontologia (P14).

Tem caso de dentista que pediu licença porque não aguentou a sobrecarga de trabalho, porque não tem dentista suficiente, são poucas unidades de saúde que tem dentista (P04).

Eu fazia curativo nos bairros, nas casas, mas era longe da UBS, nem sempre o motorista me levava, e por isso na maioria das vezes eu ia a pé. Tem muita gente com escara em casa, precisa de um carro na unidade (P02).

Às vezes faltam coisas simples como o aparelho de aferir PA (P15).

Falta um computador, porque a gente depende dele para fazer avisos, informativos, para organizar a unidade. A gente não tem uma sala, para a gente poder ter a sala disponível ajudo na triagem primeiro e pedimos para o paciente aguardar se for alguma coisa mais sigilosa e necessitar de privacidade (P16).

A falta de planejamento adequado da gestão pode ser identificada desde as obras físicas das UBS, sem o atendimento às especificidades de ordem estrutural, como falta de corrimão de segurança e presença de degraus, até a falta de previsões internas para o atendimento no envelhecimento, como barreiras ao atendimento de qualidade a estes usuários (MARTINS *et al.*, 2014).

O cuidado centrado no usuário é um método inovador de cuidar. Seus princípios são o respeito aos valores culturais do usuário, a melhora da qualidade do atendimento, cuidado seguro, custos financeiros acessíveis e limitados, direciona as tomadas de decisões sobre a atenção clínica ao indivíduo, família e comunidade. Mas para a sua efetivação existem os desafios a serem superados, desde a falta de conscientização do profissional e do usuário, as políticas de saúde ineficientes, os registros eletrônicos deficitários, a conscientização de posturas profissionais com ênfase na melhora da qualidade do atendimento de saúde oferecido ao cidadão (REED *et al.*, 2012).

A baixa resolutividade foi destacada pela forte influência política local regional no processo de trabalho das equipes, ora pelos contratos de trabalho embasados em acordos políticos, ora pela opção de investimento em obras físicas mal planejadas, ora por desinteresse político, tudo isso interfere na qualidade do cuidado oferecido.

Quanto à interferência da gestão Estadual e Nacional o conhecimento da equipe está limitado às informações obtidas pelas notícias da mídia televisiva, gerando uma expectativa negativa.

Muitas vezes a gente vê por ai a proteção, tem aquele que deve um favor, que às vezes não é o melhor para saúde da cidade. Se uma pessoa tenta melhorar, fazer alguma coisa já é cortado, porque o outro ficou enciumado. Muitas vezes você tem que ficar parado porque se você começar a fazer a diferença você é cortado, às vezes falam que os profissionais tem medo (P07).

A administração acha que o ideal é encher a cidade de postos de saúde, “auto lá” vamos melhorar o que temos. Porque não pode ficar melhor do que está? Para que construir mais? Gente onde eles vão arrumar mais médicos? Para que aumentar se o que tem já não dão conta. Na minha opinião, se não qualificar o que já tem não adianta aumentar (P08).

Há a implantação de vários programas mal desenvolvidos, um exemplo é a ESF que foi implantada, mas, nunca funcionou, foi só o nome, seria melhor menos programas e bem executados que esse exagero de programas (P12).

Há sempre interesses políticos envolvidos, não sai uma vaga, um medicamento, um exame, para alguém só porque é de outro partido (P13).

Parece que estão mais preocupados em construir prédios para a sociedade ver quem construiu, do que melhorar a quantidade de profissionais nas unidades já existentes e assim resolver os problemas da população (P15).

A gestão nacional só feiura que tem para falar, nada de bom (P02).

Eu não conheço a gestão do Estado, o que vejo falar na televisão é que está horrível, está precisando mudar tudo. A gente ouve que em São Paulo está triste, nós aqui estamos no céu. Eu acho que o SUS foi feito para os ricos, pra dar dinheiro para os ricos, porque pra nós não foi não (P10).

Segundo Buss *et al.* (2012) a Organização das Nações Unidas (ONU) desenvolve acordos internacionais que objetivam melhorar a sustentabilidade do planeta. Neste contexto, destacam-se os interesses políticos e financeiros impostos pelas ambições particulares, pois, influenciam negativamente nos processos e políticas sociais de inclusão que visam diminuir as desigualdades sociais, erradicar a pobreza, na mudança do modelo de atenção à saúde centrado na doença, na melhoria do sistema de acesso universal a saúde, na não minimização do desemprego, na proteção a saúde dos infantis, da maternidade, da velhice, na oferta de água adequada ao consumo, na educação, e na habitação.

Esta foi a categoria com maior número de registros, sinalizando que todos os outros entraves encontrados são decorrentes do modelo de gestão de recursos humanos. As contratações temporárias via contratos comissionados ou via programa governamentais foram indicadas como um importante empecilho para a funcionalidade do serviço. Estes modelos de contratos criam profissionais inseguros, com pouco poder de negociação, e pouca voz ativa, além de conhecimento limitado da realidade, haja vista a curta permanência nos locais de trabalho. Outro fator que interfere negativamente é a falta de recursos materiais, que impossibilitam a continuidade das ações, como exemplo registra-se a carência de meio informatizado de registros e repasse deste entre as unidades de saúde, além da falta de automóvel que dificulta o trabalho das equipes *in loco*, com foco na promoção e prevenção, onde o indivíduo, família ou comunidade se encontra.

Contribui ainda para a visão negativa da gestão pelos profissionais a forte influência sobre as equipes de ESF, ora pelas contratações com caráter de favores políticos, ora pela interferência política nas implementações nos planos clínicos

individualizados, como a não autorização de um exame, vista a preferência político partidária do usuário.

5.2.3 (Des)humanização do cuidado

A (des)humanização do cuidado aparece como um agravante, destacado pela visão da oferta de um atendimento sem escuta, com falhas na comunicação, desconfiança dos colegas de trabalho, ocasionada pela baixa interação entre as equipes, falta de um trabalho multidisciplinar e indefinição de uma linha de cuidado centrada na necessidade holística do usuário do SUS.

Esse modelo de atenção é reforçado pela gestão por meio da exigência de preenchimento de relatórios que contemplem as ações exigidas pela coordenação que nem sempre refletem a realidade. Há ainda pouco investimento em qualificação dos profissionais para melhorar o processo de humanização das UBS.

Falam muito em humaniza SUS, com uma “palestrinha”. Que funciona muito bem na teoria, na prática parece que pegam pessoas para trabalhar na área da saúde com problemas demais e trazem os problemas para as unidades de saúde (P07).

Já trabalhei com gente que humilhava paciente, eu acho isso o fim do mundo, penso que devemos fazer para os outros o que queremos que façam pela gente. Tem uns profissionais muito sem educação, se humanidade (P09).

Precisam trocar os funcionários porque tem muita gente grossa, mal criada, o atendimento é ruim; deveriam vir pessoas que pensam nos outros, mas quem pensa nos outros vive mal (P10).

Os profissionais do programa não se preocuparam em saber a realidade e possibilidade material financeira do paciente. Falta muita sensibilidade nos profissionais que estão preocupados em atender um grande volume de pessoas, mas sem humanização, essa só vem no papel (P12).

O maior defeito é a pessoa ser mal atendida, às vezes ela nem consegue o que ela queria, mas se for bem tratada e orientada ela vai sair satisfeita e feliz e conversa com você normal (P03).

Há falta de comunicação, má vontade de atendimento, devia atender melhor a pessoa (P01).

Lidam com o ser humano sem carinho, de qualquer forma às vezes maltratam a pessoa. Todos que trabalham nas unidades de saúde deveriam ter a visão de que a pessoa que vem todo dia tem um problema (P08).

Aspecto positivo foi a identificação de relatos de dedicação ao cuidado com carinho, atenção e respeito destacando a humanização nessa relação.

Às vezes eles já falam “eu estava com vontade de te ver” eles sentem saudades da gente. Tem alguns idosos que quando a gente sai eles ficam chorando, isso me prende, faz que eu volte quase todo dia (P08).

É muita responsabilidade, tem que ter dedicação e carinho não só pelo lado do profissional, mas, pelo respeito ao próximo mesmo (P15).

Os princípios da humanização envolvem o acolhimento, escuta de qualidade, saber se colocar no lugar do outro, respeitar o outro como um ser humano e não como uma doença. No mundo real, destacam-se os aspectos negativos e seu não cumprimento, como demora de atendimento, agressividade do paciente, ou que estes reclamam por hábito, aparecendo neste contexto a agressividade direcionada ao próprio usuário, mesmo sendo o elo mais fraco do sistema, e que já se encontra em situação de vulnerabilidade ocasionados pela doença ou pela situação social.

Pesquisa realizada por Lopes *et al.* (2014) descreve que o acolhimento envolve postura profissional pró-ativa, tentativa de resolutividade, respeito ao contexto social do usuário, atenção, favorecendo, assim, a confiança mútua, podendo acontecer de forma programada ou não dentro do ambiente de saúde ou em qualquer outro lugar onde o profissional se encontre com o usuário, como na residência ou em locais para encontro em grupos, nas praças, etc. É desejável um relacionamento pautado pelo vínculo, que por sua vez favorecerá a ampliação do cuidado ao indivíduo e se aproximará ainda mais da integralidade à medida que estimular a promoção da saúde resultando em melhora da autonomia do sujeito.

Em estudo realizado por Moraes, Bertolozzi e Hino (2011), foi descrito que para o desenvolvimento adequado do trabalho na ESF a equipe deve realizar o planejamento de suas ações focadas nas necessidades de vida da população adstrita. Os usuários deste estudo avaliaram que o trabalho bem desenvolvido

envolve processo de humanização, escuta, acolhimento, acessibilidade, respeito e entendimento da situação social, moradia, trabalho, educação entre outros.

Categoria que apresentou relatos opostos com maioria de visão negativa do cuidado oferecido ao usuário, ora marcado pela desatenção e falta de escuta chamado pelos profissionais como falta de carinho, ora pelo pouco investimento da gestão em programas que melhorem essa maneira de atendimento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maior participação foi da categoria profissional ACS e enfermeiros, ambos com cinco 27,78%; 72,22% trabalham em AB entre um a sete anos. Quanto à escolaridade a maior titulação é Especialista, fato interessante é a formação superior de alguns ACS.

Apesar dos relatos de avanços no modelo de atenção à saúde, emergiram, neste estudo, indicadores que revelaram carências gerais, decorrentes do modelo de gestão centralizadora, e pela forte interferência política regional/local gerando insegurança para os profissionais. Além dos contratos de trabalho frágeis, por não oferecerem estabilidade ao profissional, pois poucos são concursados, percebe-se apreensão entre os trabalhadores em desvelar o fenômeno do seu cotidiano por receio de repreensões ou punições.

Os dados apresentam a perspectiva dos entrevistados quanto ao cuidado ofertado na ESF local, e revelaram uma rotina focada no atendimento interno da unidade, onde o centro da atenção ainda é a doença já instalada no usuário do sistema de saúde. Estas doenças são problemas de ordem fisiológica, aguda ou crônica, transmissível ou não. Há também a oferta de procedimentos como monitorização de sinais vitais, coleta de material para exames. As carências sociais e materiais, também, receberam destaques em diversos depoimentos, enfatizando a necessidade do profissional Assistente Social integrado à equipe.

O modelo de gestão reflete no cuidado e esse recebe a influência do tipo de vínculos estabelecidos entre os profissionais com os colegas de trabalho e, principalmente, com a população atendida. Tais vínculos precisam ser construídos ao longo do tempo e são embasados em confiança mútua. A opção por contratos com tempo determinado como os comissionados e PROVAB, assim como as trocas constantes de equipes desfavorece essa relação, ofuscando assim os aspectos positivos.

A desumanização do cuidado emerge dos relatos com destaque para a insatisfação profissional com as reclamações apresentadas pelos pacientes. Outro aspecto é a acusação de que os cuidados não dão resultado positivo decorrentes da indisciplina do próprio usuário; mesmo assim, os profissionais se sentem realizados profissionalmente. Neste contexto, questiona-se se a escuta não tem qualidade e,

consequentemente, há uma valorização das queixas relatadas, o que resulta em prescrições vazias.

Nas falas dos profissionais alguns, assumiram que não oferecem um atendimento de qualidade, não há confiança entre os membros da equipe, e muito menos respaldo da população à equipe. Por outro lado é evidente que outros se beneficiam desta estagnação da comunidade, pois se sentem úteis e serão lembrados posteriormente.

O preparo profissional é consequência de todos os outros fatores já relatados. Permanece arraigada no comportamento de alguns profissionais a ideia de que cuidar envolve um procedimento hospitalar, levando-o a afirmar que na ESF não tem cuidado. Apesar de que a autocrítica apareceu, houve predomínio da acusação de que os colegas não cuidam das pessoas adequadamente. Alguns se justificaram e afirmaram que o seu trabalho é bem realizado. Porém, novamente se destacou a insatisfação com o usuário, constatada pelas afirmações de que existem procuras constantes pelos serviços de saúde.

O cuidar ideal na ESF que é um serviço de atenção primária deve favorecer ações de promoção e proteção à saúde, antecipadas ao acometimento de problemas. Outro aspecto é que os problemas nem sempre são físicos, ou fisiológicos, há na realidade da sociedade os problemas de ordem social, a presença da violência nos bairros, o desemprego, o baixo nível de escolaridade, a baixa renda e, consequentemente, a falta de alimentos.

Entender o fenômeno do cuidado necessita entender primeiro o processo saúde-doença, e refletir sobre as recomendações da OMS que abrange saúde e doença para além do mal físico, deve englobar educação, saúde sanitária, emprego e renda dignos, uma casa para morar. Os serviços de saúde devem ser planejados e atuar de maneira que atendam tais necessidades integralmente.

Recomenda-se que os profissionais envolvidos devem compreender o princípio do cuidado de forma integral, em todos os níveis da assistência, envolvendo ações que contemplem todos os níveis de atenção à saúde, e trabalhar com a comunidade desde a promoção da saúde com a construção do conhecimento, empoderamento e autonomia do usuário. Deve-se ainda favorecer o acesso ao diagnóstico precoce, e tratamento adequado. E, por fim, a ESF necessita ser preparada para receber o usuário e trabalhar dentro de suas possibilidades, integrando-o a outros serviços viabilizando a sua reabilitação e reinserção.

O cuidar no contexto da atenção básica esbarra no modelo político nacional, com entrelinhas nem sempre claras. O fator profissional pode ser favorecido pela motivação pessoal, pela percepção clara das desigualdades sociais e de seu papel mediante tais problemas, pela formação profissional holística e, por último, pelos incentivos financeiros.

Por fim, foi encontrado que o cuidado dentro do modelo de AB encontra entraves maiores que a criação de políticas específicas que recomendam a regionalização e territorialização, aspectos de fácil resolução. Porém, apenas essas delimitações geram pouca maximização da qualidade do serviço oferecido, já que esta depende da fixação de equipes e criação de linhas de cuidado bem definidas.

São consideradas limitações deste estudo o pouco conhecimento apresentado pelos participantes acerca da realidade de saúde, fora do município estudado, e a escolha de apenas um município para a pesquisa.

O cuidar no cotidiano é frágil e tem como fatores associados: a gestão, o modelo político local/regional, e formação profissional com fragilidades referentes ao que se preconiza pelo SUS. Entretanto, o estudo identificou potencialidades para melhorias no cuidar, em especial, por contar com um grupo de trabalhadores que tem clareza das limitações e necessidades de mudança, constatado nas falas indicativas dos problemas geradores dos empecilhos existentes no serviço e no próprio grupo.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R. T. de; CIOSAK, S. I. Comunicação do idoso e equipe de Saúde da Família: há integralidade? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 1-7, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2814/281427992008.pdf>> Acesso em : 09 Nov. 2013.
- AZEVEDO, E. de; PELICIONI, M. C. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Nov. 2013.
- BRANDÃO, A. L. da R. B. da S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 103-114, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/12.pdf>> Acesso em: 20 Out. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
- BUSS, P. M.; MACHADO, J. M. H.; GALLO, E.; MAGALHÃES, D. de P.; SETTI, A. F. F.; FRANCO NETTO, F. de A.; BUSS, D. F. Governança em saúde e ambiente para o desenvolvimento sustentável. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 6, p. 1479-1491, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n6/v17n6a12.pdf>> Acesso em: 11 Out. 2014.
- CAMATTA M. W., WETZEL C., SCHNEIDER J. F. Users' expectations with regard to mental health actions: a phenomenological study. **Online braz j nurs** [periodic online]. 2012 Dec [cited year month day]; 11 (3):668-82 . Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3908> Acesso em: 20 Out. 2014.
- CAMPOS, A. I.; AGUIAR , A. C. de. ¿Es necesaria una segunda reforma de la atención primaria en España? **Ciência e Saúde Coletiva**, 18(1):17-23, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/03.pdf> > Acesso em: 22 Out. 2014.

CECILIO, L. C. de O.; ANDREAZZA, R.; CARAPINHEIRO, G.; ARAÚJO, E. C.; OLIVEIRA, L. A. de; ANDRADE, M. DA G. G.; MENESES, C. S.; PINTO, N. R. da S.; REIS, D. O.; SANTIAGO, S.; SOUZA, A. L. M. DE; SPEDO, S. M. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 11 Nov. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Nov. 2013.

COSTA, M. C. da; LOPES, M. J. M. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, p. 1088-1095, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Nov. 2013.

DIAS, M. S. de A. PARENTE, J. R. F.; VASCONCELOS, M. I. O.; DIAS, F. A. C. Intersetorialidade e estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver?. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4371-4382, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4371.pdf>> Acesso em: 16 Nov. 2014.

DONAHUE, K. E.; HALLADAY, J. R.; WISE, A.; REITER, K.; LEE, S. D.; WARD, K.; MITCHELL, M.; QAQISH, B. Facilitators of transforming primary care: a look under the hood at practice leadership. **The Annals of Family Medicine**, v. 11, n. Suppl 1, p. S27-S33, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23690383>> Acesso em: 22 Out. 2014.

FURTADO, A. M. PENNAFORT, V. P. dos S.; SILVA, L. de F.; SILVEIRA, L. C.; FREITAS, M. C. de; QUEIROZ, M. V. O. Cuidar permanência: enfermagem 24 horas, nossa maneira de cuidar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 6, p. 1071-1076, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600032> Acesso em: 16 Nov. 2014.

GALAVOTE, H. S.; PRADO, T. N. DO; MACIEL, E. L. N.; LIMA, R. DE C. D. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 231-240, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a26.pdf>>. Acesso em: 19 Dez. 2014.

GALHARDI, W. M. P.; BARROS, N. F. de; LEITE-MOR, A. C. M. B. O conhecimento de gestores municipais de saúde sobre a Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar e sua influência para a oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde local. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, Jan. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Out. 2013.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, Jun 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Out. 2013.

GOMES, K. de O. COTTA, R. M. M.; ARAÚJO, R. M. A.; CHERCHIGLIA, M. L.; MARTINS, T. de C. P. Atenção Primária à Saúde - a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva [online]**. 2011, vol.16, supl.1, pp. 881-892. ISSN 1413-8123. Disponível em :<<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700020>> Acesso em: 12 Set. 2013.

GONZE, G. G.; SILVA, G. A. da. A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo valores. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 1, 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Out. 2013.

HEIMANN, L. S.; IBANHES, L. C.; BOARETTO, R. C.; CASTRO, I. E. DO N.; TELES JÚNIOR, E.; CORTIZO, C. T.; FAUSTO, M. C. R.; NASCIMENTO, V. B. DO; KAYANO, J. Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 6, June 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Out. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**. Goiás, Mineiros. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=521310>>. Acesso em: 17 nov. 2014.

KEEN, J. Estudo de Caso. In: POPE, CATHERINE. **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde**. Tradução Ananyr Porto Fajardo. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 127-134.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians: a working document**. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada, April 1981. Disponível em: <<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>>. Acesso em: 20 Dez. 2014.

LARA, E. M. de O.; OGATA, M. N.; MACHADO, M. L. T. Os profissionais das unidades especializadas de saúde e suas representações sociais em relação à saúde da família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 8, n. 4, p. 630-636, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6024/5398>> Acesso em: 28 out. 2014.

LIMA, I. F. dos S.; LOBO, F. S.; ACIOLI, K. L. B. de O.; AGUIAR, Z. N. Integralidade na percepção dos trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde da Família. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, Ago. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000400023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Out. 2013.

LINS, C. de F. M.; ALCHIERB, J. C.; ARAÚJO NETO, J. L. de; MELO, F. A. de F. Desenvolvimento de Instrumentais para Avaliação da Estratégia Saúde da Família em Natal. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 27, n. 2, p. 219-227, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v27n2/0102-7972-prc-27-02-00219.pdf>> Acesso em: 20 Dez. 2014.

LOPES, G. V. D. O.; MENEZES, T. M. de O.; MIRANDA, A. C.; ARAÚJO, K. L. de; GUIMARÃES, E. L. P. Acolhimento: quando o usuário bate à porta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 1, p. 104-10, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672014000100104&script=sci_abstract&lng=pt> Acessado em: 01 Nov. 2014.

LOUREIRO, I.; MIRANDA, N.; MIGUEL, J. Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 23-31, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-90252013000100004&script=sci_arttext> Acessado em: 25 nov. 2014.

MARIN, M. J. S.; MARCHIOLI, M.; MORACVICK, M. Y. A. D. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pela ótica dos usuários. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2013 Jul-Set; 22(3): 780-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a26.pdf>> Acesso em: 03 Nov. 2014.

MARTINS, A. B.; D'AVILA O. P.; HILGERT, J. B.; HUGO, F. N. Atenção Primária a Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000803403&script=sci_arttext> Acesso em: 25 Out. 2014.

MATTOS, R. A. de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu - SP, v. 13, supl. 1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Set. 2013.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MONTENEGRO, L. C.; PENNA, C. M. de M.; BRITO, M. J. M.. A integralidade sob a ótica dos profissionais dos Serviços de Saúde de Belo Horizonte. **Revista da Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, Sept. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Nov. 2013.

MORAES, P. A. de; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 1, p. 19-25, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000100003&script=sci_arttext> Acesso: 22 Out. 2014.

MOTTA, L. B. da; AGUIAR, A. C. de; CALDAS, C. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Caderno Saúde Pública**, v. 27, n. 4, p. 779-786, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011000400017&script=sci_arttext> Acesso: 02 Nov. 2014.

MOYSÉS, S. T.; SÁ, R. F. de. Planos locais de promoção da saúde: intersectorialidade(s) construída(s) no território. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.19, n.11, p. 4323-4330, 2014. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232014001104323&script=sci_arttext> Acesso em: 16 Nov. 2014.

MUSSI, C. M.; RUSCHEL, K.; SOUZA, E. N. DE; LOPES, A. N. M.; TROJAHN, M. M.; PARABONI, C. C.; RABELO, E. R. Visita domiciliar melhora conhecimento, autocuidado e adesão na insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado HELEN-I. **Revista Latino-Americana Enfermagem** [Internet]. jan.-fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000700004&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso em: 21 Set. 2014.

OLIVEIRA, D. C. de; GOMES, A. M. T.; PONTES, A. P. M. de; COSTA, C. P. M. da. Construção de um paradigma de cuidado de enfermagem pautado nas necessidades humanas e de saúde. **Escola Anna Nery**, v. 15, p. 838-844, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a25v15n4.pdf>> Acesso em: 18 Nov. 2014.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, [online] 9 May, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf> Acesso em: 27 Set. 2013.

PINTO, R. M.; WALL, M.; YU, G.; PENIDO, C.; SCHMIDT, C. Primary care and public health services integration in Brazil's unified health system. **American Journal Of Public Health**, v. 102, n. 11, p. e69-e76, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3477957/>>. Acesso em: 25 Nov 2013.

PIRES, V. M. M. M.; RODRIGUES, V. P.; NASCIMENTO, M. A. A. do. Sentidos da integralidade do cuidado na saúde da família. **Revista Enfermagem UERJ**; v.18 n.4, p. 622-627, out.-dez. 2010. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=583584&indexSearch=ID>> Acesso em: 28 Dez. 2013.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. São Paulo: Artmed, 2011.

- REED, P.; CONRAD, D. A.; HERNANDEZ, S. E.; WATTS, C.; SMITH, M. M. Innovation in patient-centered care: lessons from a qualitative study of innovative health care organizations in Washington State. **Prática família BMC**, v 13, n. 1, p. 120, de 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2296/13/120/>> Acesso em: 17 Nov. 2014.
- SILVA, L.; POLES, K.; BALIZA, M. F.; SILVA, M. C. L. dos S. R.; SANTOS, M. R. dos; BOUSSO, R. S. Cuidar de famílias de idosos em final de vida na Estratégia Saúde da Família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 380-387, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/pt_v21n1a13.pdf> Acesso em: 18 Nov. 2014.
- SILVA, M. M. da.; BUDÓ, M. de L. D.; RESTA, D. G.; SILVA, S. de O.; EBLING, S. B. D.; CARVALHO, S. O. R. M. Integralidade na saúde da família: limites e possibilidades na perspectiva da equipe. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 12, n. 1, 2013. Disponível em <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/21736>> Acesso em: 12 Set. 2013.
- SOUSA, M. F. de; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1325-35, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v14s1/a02v14s1.pdf>> Acesso em: 21 Dez. 2014.
- TESS, B. H.; AITH, F. M. A. Intersectorial health-related policies: the use of a legal and theoretical framework to propose a typology to a case study in a Brazilian municipality. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4449-4456, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014001104449&script=sci_arttext> Acesso em: 17 Nov. 2014.
- TESSER, C. D.; GARCIA, A. V.; VENDRUSCOLO, C.; ARGENTA, C. E. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4295-4306, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200002> Acesso em: 28 Set. 2014.
- YIN, R. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. Tradução AnaThorell; Revisão técnica Cláudio Damacena. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. 248 p.
- ZAMPIERI, M. de F. M.; ERDMANN, A. L. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, 10 (3): 359-367 jul. / set., 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000300009> Acessado em: 29 set. 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

O cuidar integral no contexto da atenção básica na perspectiva dos profissionais de saúde

QUESTIONÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES.

1 – Idade _____

2 –Sexo

Feminino (1)

Masculino (2)

Outro ()

3 – Escolaridade _____

4 - Formação Profissional _____

5 - Cargo que ocupa atualmente _____

6 - Tempo de trabalho na atenção básica _____

7 – Local de trabalho no momento

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

- 1- Fale como é o seu cotidiano de cuidar e o seu trabalho na ESF.
- 2- Na sua opinião, quais são os aspectos que contribuem para o seu trabalho na ESF?
- 3- Você considera que existem fatores/aspectos que dificultam ou fragilizam a sua atuação no processo de cuidar e no desenvolvimento do seu trabalho na ESF?
- 4- Como você avalia o serviço desenvolvido pelos profissionais de saúde aqui? Qual é a sua opinião sobre a gestão da ESF localmente, no Estado de Goiás e no nosso país?
- 5- Você tem sugestões que considera relevantes para melhorar a qualidade da ESF?
- 6- Deseja acrescentar algo?

APÊNDICE B – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você para participar de forma livre e espontânea da pesquisa: O cuidar integral no contexto da atenção básica na perspectiva dos profissionais de saúde. Esta pesquisa é requisito para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde, pela PUC Goiás.

O objetivo deste estudo é Analisar o cuidar integral no contexto da atenção básica na perspectiva dos profissionais da equipe de saúde, que atuam na estratégia saúde da família. Através de descrever as ações implementadas pelos profissionais de saúde no cuidar na estratégia saúde da família; verificar o tipo de relacionamento estabelecido entre os profissionais de saúde e os usuários nos diferentes níveis de atendimento pelo SUS; identificar as fragilidades e as potencialidades no cuidar ao usuário da ESF na visão dos profissionais da saúde.

Os encontros serão na unidade de atenção básica que você trabalha, em horário e em dias úteis, em sala que possibilite um encontro individual. Caso esteja impossibilitado de responder ao estudo, o agendamento poderá ser alterado (o local, a data ou o horário). A pesquisa será feita na forma de questionário, que você mesmo escolherá as opções de resposta, com perguntas objetivas ou semiestruturadas que serão registradas em gravador de voz. Te asseguramos que sua identificação não será divulgada, pois os dados serão divulgados em conjunto como resultado da soma de todos os participantes.

Esta participação não trará benefícios ou custos financeiros a você. Os benefícios recebidos serão a identificação de grupos de problemas descritos por toda a classe pesquisada, que poderão servir como metas de melhoras nos processos de trabalho, atendimentos, recursos humanos, entre outros. Seus riscos poderão ser o constrangimento em responder a questões específicas do seu dia a dia de trabalho na atenção básica quanto a integralidade, ou insegurança e medo de possíveis represálias por parte de superiores (este risco é minimizado pois o gestor máster assinou termo de autorização para a pesquisa e se comprometeu não prejudicar nenhum participante do estudo). Quanto ao constrangimento as pesquisadoras se comprometem a não insistir ou cometer indelicadezas no momento da entrevista ou posteriormente.

Esclarecemos que é de sua total decisão e direito se retirar do estudo a qualquer momento, mesmo que a pesquisa não tenha chegado ao fim, sem sofrer nenhum tipo de prejuízo. E também é te dada a liberdade de procurar pelas pesquisadoras (os números dos telefones, endereços e e-mails estão no final deste documento) sempre que sentir necessidade de esclarecimentos, ou outro motivo.

Para divulgação dos resultados da pesquisa os dados serão organizadas na forma de tabelas ou gráficos, impossibilitando sua identificação.

Conforme informações acima, expresso minha concordância em participar deste estudo assinado este termo de consentimento livre e esclarecido em 02 vias e todas as páginas.

Participante

Pesquisadora

Goiânia, Goiás, _____ / _____ / _____.

Dados dos pesquisadores:

1. Kássia Mabiane Silva Cintra

Rua 112, 203 “B”, Jardim Presidente, Rio Verde, Goiás.

Fones: (64) 3623- 8014 ou 9952-3317 e-mail: kassiasilvacintra@hotmail.com

2. Milca Severino Pereira

Pontifícia Universidade Católica de Goiás – Praça Universitária – Goiânia –Go.

e-mail – milca@pucgoias.edu.br ou milcaseverino@gmail.com

Fones: 62- 8156 9056 ou 62- 39461071

3. Comitê de ética em pesquisas da Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Avenida Universitária Nr 1.069. Setor Universitário, Goiânia – Goiás, Área IV (Bloco D da Reitoria), Caixa Postal 86 – CEP 74605-010

Fone: (62) 3946-1512 Fax: (62) 3946-1070 E-mail: cep@pucgoias.edu.br

ANEXOS

ANEXO 1 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO – COMITE DE ETICA EM PESQUISAS (CEP)



Registro CEP 1780/2011

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

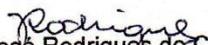
Av. Universitária, 1069 @ Setor Universitário
Caixa Postal 86 @ CEP 74605-010
Goiânia @ Goiás @ Brasil
Fone: (62) 3946.1070 @ Fax: (62) 3946.1070
www.pucgoias.edu.br @ prope@pucgoias.edu.br

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o Projeto **'A formação na graduação em enfermagem e as práticas no sistema de saúde - mudanças, contribuições e desafios'** e seus subprojetos¹, coordenados pela pesquisadora **Milca Severino Pereira**. Foi cadastrado no Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (CEP-SGC/PUC Goiás) sob o **CAAE 0114.0.168.000-11**, em 01/08/2011 e **aprovado** em 24/08/2011.

¹ Subprojetos:

- I. Projeto pedagógico do Currículo de Graduação em Enfermagem- influências, desafios e perspectivas.
 - II. Políticas públicas para a formação do enfermeiro e suas interfaces com o mundo do trabalho- reflexões sobre o papel social da profissão.
 - III. Processo de construção do conhecimento na formação do enfermeiro: demandas dos serviços de saúde e da sociedade contemporânea.
 - IV. Núcleo Docente Estruturante no curso de graduação em Enfermagem – o estado da arte.
- CEP-SGC/PUC Goiás pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 196/96 (Manual Operacional Para Comitês de Ética em Pesquisa – item 13).
 - Informamos que é obrigatória a entrega do relatório de acompanhamento da pesquisa, conforme a categoria de pesquisa realizada, em cumprimento da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.
 - Modelo do relatório de acompanhamento da pesquisa se encontra no site do Comitê de Ética <http://www.pucgoias.edu.br/cep> - modelos documentos.


 Prof. Dr. José Rodrigues do Carmo Filho
 Coordenador do CEP-SGC/PUC Goiás

Goiânia, 24 de Agosto 2011.

ANEXO 2 - SOLICITAÇÃO A SECETARIA DE SAÚDE

Mineiros – Goiás, 19 de março de 2014.

SOLICITAÇÃO DE LIBERAÇÃO PARA REALIZAR PESQUISA CIENTÍFICA

Solicitamos a Vossa Senhoria a devida autorização para adentras nas Unidades de Atenção Básica, no período entre abril a agosto de 2014, para realização de pesquisa científica que tem como Título O cuidar integral no contexto da atenção básica na perspectiva dos profissionais de saúde. Tal pesquisa é um dos requisitos para obtenção do Titulo de Mestre em Atenção à Saúde Pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO) tendo como orientadora a Professora Doutora Milca Severino Pereira.

Informamos ainda que obedecendo as exigências da Legislação 466/12 o projeto faz parte do Projeto “A formação da graduação em enfermagem e as práticas no sistema de saúde – mudanças, contribuições e desafios” incluído no subprojeto III “Processo de construção do conhecimento na formação do enfermeiro: demandas dos serviços de saúde e da sociedade contemporânea” devidamente cadastrado e aprovado pelo comitê de ética em pesquisas da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO) sob o protocolo número CAAE 0114.0.168.000-11 em 24/06/2011 e Registro CEP 1780/2011.

**Kássia Mabiane Silva Cintra****Pesquisadora**

ANEXO 3 – DECLARAÇÃO DE COPARTICIPANTE**Declaração**

Declaro ter lido e concordar com o projeto de pesquisa O cuidar integral no contexto da atenção básica na perspectiva dos profissionais de saúde, de responsabilidade da pesquisadora Kássia Mabiane Silva Cintra e declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar. Estou ciente que o projeto faz parte do Projeto “A formação da graduação em enfermagem e as práticas no sistema de saúde – mudanças, contribuições e desafios” incluído no subprojeto III “Processo de construção do conhecimento na formação do enfermeiro: demandas dos serviços de saúde e da sociedade contemporânea” devidamente cadastrado e aprovado pelo comitê de ética em pesquisas da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO) sob o protocolo número CAAE 0114.0.168.000-11 em 24/06/2011 e Registro CEP 1780/2011.

Mineiros, Goiás 19 de maio 2014.

Rosângela Rezende Amorim

"Assinatura e carimbo do responsável institucional"

Rosângela de Rezende Amorim
Secretária Municipal de Saúde
Decreto nº 0004/2013