

Universidade Católica de Santos

Mestrado em Saúde Coletiva

**Perfil profissional, formação e tecnologia leve no trabalho de
profissionais Médicos e Enfermeiros da Atenção Primária à Saúde
no município de Guarujá, S.P.**

Josué Souza Gleriano

Santos

2014

[Dados Internacionais de Catalogação]
Departamento de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos

G558p Gleriano, Josué Souza.
Perfil profissional, formação e tecnologia leve no trabalho de profissionais médicos e enfermeiros da atenção primária à saúde no município de Guarujá, S.P.- / Josué Souza Gleriano; orientadora Dra. Lourdes Conceição Martins; examinadores Prof. Dr. Alféio Luiz Ferreira Braga, Prof^a. Dra. Lígia Maria Castelo Branco da Fonseca . -- 2014.
209 f.; 30 cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de Santos, Programa de Mestrado em Saúde Coletiva.

Bibliografia:

1. Dissertação. 2. Atenção Primária. 3. Médico. 4. Enfermeiro. I. Martins, Lourdes conceição.
II. Braga, Alféio Luiz Ferreira. III. Fonseca, Lígia Maria Castelo Branco da.
IV. Universidade Católica de Santos. V. Título.

CDU 1997 - 614(043.2)

Universidade Católica de Santos

Mestrado em Saúde Coletiva

**Perfil profissional, formação e tecnologia leve no trabalho de profissionais
Médicos e Enfermeiros da Atenção Primária à Saúde no município de Guarujá,**

S.P.

Josué Souza Gleriano

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos como requisito parcial para qualificação para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Políticas e Práticas de Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Lourdes Conceição Martins

Santos

2014

“Não tenho medo de que meu tema possa, em exame mais detalhado, parecer trivial. Receio apenas que eu possa parecer presunçoso por ter levantando uma questão tão vasta e tão importante”.

(CARR, 2002, p. 44)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, *Maria Aparecida Pereira de Souza Gleriano* e *Rodolfo Gleriano*, que durante todos esses anos me apoiaram e incentivaram, vivenciaram a sublime conquista desta etapa, e que muitas vezes se privaram de seus sonhos para a realização do meu. Presente nas horas difíceis e alegres, grande foi à saudade nessa jornada, a preocupação com as minhas escolhas, mas com a coragem de um guerreiro, que vocês me ensinaram, estou conquistando o meu espaço, vencendo os obstáculos sem perder a essência que sempre colocaram para a minha vida, “o estudo meu filho é a base de tudo, ele ninguém te toma”.

Às minhas irmãs, *Suzana Souza Gleriano* e *Alessandra Conceição Barbosa*, pela força que sempre me passaram e pela luz que vocês significam na minha vida. A você, Alessandra, por ter sido essa estrela que pousou em nossa vida e conquistou afeição e eterna gratidão.

À gestão em saúde do município de Guarujá e comunidade acadêmica para o uso crítico do material explorado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, *Prof^a. Dr^a Lourdes Conceição Martins*, pela sua paciente, escuta, compreensão, dedicação e força que direcionou para o término deste trabalho. O aceite a menos de seis meses de uma nova pesquisa, mesmo diante de todos os fatos abraçou a minha ideia e trouxe ao Núcleo de Tecnologia de Educação em Saúde a pesquisa.

A banca de qualificação e defesa pela ampla contribuição no lapidar da dissertação, pelo respeito profissional e compreensão do processo que passei.

Aos meus Professores do Programa de Pós Graduação - Mestrado em Saúde Coletiva que durante essa jornada auxiliaram no conhecimento teórico para a formação profissional.

À *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior* representada pela banca de seleção *Prof^a. Dr^a. Denise Martin, Prof. Dr. Alfésio Braga e Prof^a. Dr^a. Amélia Cohn* por confiarem e atribuírem a responsabilidade de bolsa de estudo.

Ao antigo grupo *NEPEC - Núcleo de Estudos e Pesquisas em Condições Sociais e Saúde Coletiva* na representação da *Prof^a. Dr^a. Rosa Maria Ferreira Pinto*, já não integra mais o programa, pela oportunidade de trabalho e contribuição em pesquisa e construção de conhecimento.

À *Prof^a. Dr^a. Amélia Cohn* pela oportunidade de trabalhar um ano e seis meses de intensa comunicação e produção científica, pela mão amiga na condução do início dessa etapa de conhecimento, oportunidade de um ombro que acolheu as ideias de uma nova pesquisa e mesclou áreas para conversão de um ponto em

comum. Não foi o momento de término como planejávamos, mas, outros tempos trarão novos ares distantes do constrangimento que nos causaram.

Às queridas *Bárbara e Débora*, que sempre me recebeu e escutou buscando o mais rápido atendimento as minhas demandas.

A grande amiga *Maria José Gomes de Aguiar* perscrutora de incentivo e de acolhimento na vinda para Santos, uma irmã que não mediu esforços para me ajudar, envolvo em seu nome os agradecimentos a sua família aporte de grande conquista.

A grande amiga *Jacqueline Baraúna* uma estrela que Deus guiou no dia de prova de seleção. A preocupação, a atenção, o acolhimento em sua família estendo eterna gratidão a você e sua família. Espaços que tranquilizaram os momentos difíceis de adaptação.

A grande amiga *Márcia Campos* pelos momentos de pintura que relembramos de São José do Rio Preto e pelo ombro de apoio aos dias queria desistir e retornar.

Aos meus pais, *Rodolfo Gleriano e Maria Aparecida Pereira de Souza Gleriano*, e minhas irmãs, *Suzana Souza Gleriano e Alessandra Conceição Barbosa*, por fazerem parte da minha vida e ser um exemplo a ser trilhado por mim. Sempre apoiando e me incentivando, sem vocês e o exemplo de garra e determinação que me ensinam sempre, não conseguiria alcançar meus objetivos.

A Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP – Campus Guarujá pela oportunidade de trabalho, experiência e incentivo na qualificação profissional. Aos meus companheiros de trabalho, *Claudia Périco, Mara Rúbia Ignácio, Rosely Kallil* pelo apoio e oportunidade nas trocas de experiências.

A grande companheira de trabalho, uma mãe em terra santista, Prof^a. Ms. Rachel Monteiro dos Santos que acolheu e não mediu esforços para que conseguisse participar de eventos e cumprir com as atividades de nosso trabalho.

Em especial ao Sublime Pai Criador, *DEUS*, que proporcionou a minha vinda a este mundo, sempre me amparando e sustentando, razão pela qual muitas das vezes estive de pé frente aos tropeços.

JOSUÉ SOUZA GLERIANO

**PERFIL PROFISSIONAL, FORMAÇÃO E TECNOLOGIA LEVE NO TRABALHO
DE PROFISSIONAIS MÉDICOS E ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE GUARUJÁ, S.P.**

Dissertação de Mestrado aprovado em ____ / ____ / ____.

Banca Examinadora:

Dra. Lourdes Conceição Martins
Orientadora

Prof. Dr. Alfésio Luiz Ferreira Braga

Prof^a. Dra. Ligia Maria Castelo Branco da Fonseca

RESUMO

Introdução: A interseção entre saúde, educação e trabalho permeia a institucionalização do SUS desde a sua proposta de construção. A educação profissional em saúde conduz a formação permanente em saúde e a centralidade das práticas e nas tecnologias do cuidado. O eixo formação para a prática e prática para o serviço torna-se objeto desse estudo. **Objetivo:** Caracterizar o perfil de médicos e enfermeiros que trabalham nas unidades de saúde pertencentes à Atenção Primária do município de Guarujá S.P. **Método:** Tratou-se de uma pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa nº 452.727/CEP- UNAERP/2013 elaborada mediante a um estudo transversal. Participaram médicos e enfermeiros das Unidades de Saúde que estavam com vínculo no nível de Atenção Primária a Saúde, que não estavam de férias ou afastados por motivos de saúde, respondendo um questionário estruturado auto-aplicado, desenvolvido pelo Telessaúde Brasil e um complementar elaborado pelos Foi realizada a análise descritiva de todas as variáveis do estudo. As variáveis qualitativa foram apresentadas em termos de seus valores absolutos e relativos. As variáveis quantitativas em termos de seus valores de tendência central e de dispersão. Para se avaliar a associação entre as categorias de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros) e as variáveis qualitativas foi utilizado o teste de Qui-quadrado e o teste exato de Fisher. Para as variáveis quantitativas a normalidade e homogeneidade das variâncias foram avaliadas através de Kolmogorov-smirnov e Levene respectivamente. Como as variáveis não apresentaram esses dois princípios satisfeitos, foi utilizado o teste não paramétrico U Mann-Whitney. O nível de significância foi de 5 %. Pacote estatístico utilizado foi SPSS for Windows 17.0. **Resultados:** Em relação aos sujeitos da pesquisa exhibe que os profissionais vinculados às unidades de saúde da família tiveram maior aceite em participar. Em relação à faixa etária percebe-se que os profissionais de saúde da família (USAFA) são mais novos que os das unidades básicas de saúde (UBS) ($p < 0,05$) sequência que também faz referência ao vínculo de trabalho no município. Em relação ao vínculo de trabalho apresenta que a maior prevalência na APS dar-se-á por CLT ($p < 0,05$). A satisfação expressa pelos profissionais de saúde quando analisadas em âmbito de maior prevalência é de um nível bom, destacando apenas com relação ao sistema de serviço de saúde do município que é avaliado como regular ($p < 0,05$). Em relação às tecnologias leves para o trabalho em análise geral sente-se capacitados em desempenhar a abordagem familiar, comunitárias, o trabalho multiprofissional, as atividades de grupo e visitas domiciliares ($p < 0,05$). **Conclusão:** O conhecimento do perfil desses profissionais integrantes do corpo de recursos humanos dos serviços de saúde aponta necessidade de qualificação, primeiramente exposto no cenário de educação continuada e pela falta de cursos introdutórios e de abordagens para o processo de trabalho na APS. O cenário pode propor em relação às tecnologias de trabalho então solicitadas na validação dos profissionais uma fragilidade no que se espera para o nível de atenção. A estabilidade do vínculo empregatício deve ser trabalhada com os profissionais principalmente em relação à supervisão do trabalho e da produção para com a atenção, lembrando que os espaços de atendimento não são apenas específicos de um olhar clínico patológico. A reflexão da clínica ampliada deve ser tratada, em questão, como uma política de recursos humanos não somente para a UBS.

Palavras-Chaves: Atenção Primária, Médicos, Enfermeiros.

ABSTRACT

Introduction: The intersection between health, education and work permeates the institutionalization of the NHS since its proposed construction. The professional health education leads to permanent health education and the centrality of care practices and technologies. The axis training to practice and practice to the service becomes the object of this study. **Objective:** To characterize the profile of doctors and nurses working in health units belonging to the Primary Care of Guarujá SP **Method:** This was a study approved by the Ethics and Research Committee No. 452 727 / CEP UNAERP / 2013 prepared by A cross-sectional study. Participating physicians and nurses in health centers were to link the level of Primary Health, who were not on vacation or away for health reasons, answering a self-administered structured questionnaire developed by Brazil Telehealth and was drafted by a complementary conducted a descriptive analysis of all variables of the study. A descriptive analysis of all variables of the study was conducted. Qualitative variables were presented in terms of their absolute and relative values. Quantitative variables in terms of their values of central tendency and dispersion. To evaluate the association between categories of health professionals (doctors, nurses) and qualitative variables the Chi-square and Fisher's exact test was used. For quantitative variables, the normality and homogeneity of variances were assessed using Kolmogorov-Smirnov and Levene tests, respectively. As these two variables were not satisfied principles, the nonparametric Mann-Whitney U test was used. The significance level was 5%. Statistical package used was SPSS for Windows 17.0. **Results:** In relation to the research subjects shows that the professionals linked to units of family health were more accepted to participate. Regarding age, one realizes that professional family health (USAFA) are younger than those of basic health units (BHU) ($p < 0.05$) sequence that also references the type of employment in the city. Regarding the type of employment shows that the higher prevalence in the APS will occur by CLT ($p < 0.05$). The satisfaction expressed by health professionals when analyzed in the context of increased prevalence is a good level, highlighting only with respect to the health service system of the municipality which is rated as fair ($p < 0.05$). Regarding the light for the job-analysis technologies in general feels empowered to play a familiar approach, community, the multidisciplinary work group activities and home visits ($p < 0.05$). **Conclusion:** The knowledge of the profile of professional members of the body of human resources in health services points need qualification, first exposed in continuing education scenario and lack of introductory courses and approaches to the labor process in APS. The scenario might propose in relation to working technologies then requested the validation of professional a weakness in what is expected for the level of attention. The stability of the employment relationship must be worked with professionals especially in relation to the supervision of labor and production for the attention, remembering that the spaces of care are not just specific to a pathological clinical look. The reflection of the expanded clinic should be treated, in question, as a human resources policy not only to UBS.

Key Words: Primary Care Physicians, Nurses

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1- Desafios para a construção de matrizes na formação de Recursos Humanos em Saúde.....	20
Figura 2- Construção do recorte teórico realizado para formação da pesquisa.....	21
Figura 3- Representação dos marcos históricos na criação de centros de ensino para o sistema de saúde brasileiro.....	30
Figura 4- Resumo de acontecimentos que impulsionaram o Estado a pensar no modelo assistencial e suas propostas de formação de recursos humanos para a saúde.....	33
Figura 5- Esquema estruturado a partir das reflexões da formação em saúde para o exercício profissional.....	36
Figura 6- Apresentação da contextualização das transformações na mudança para a formação de recursos humanos para a saúde e as críticas para o cenário atual.....	38
Figura 7- Dimensões do cuidado frente ao novo paradigma de estrutura enquanto objeto de formação em enfermagem para os serviços de saúde.....	47
Figura 8- Recursos humanos em saúde.....	122
Figura 9- Diagrama dos fenômenos desvelados na experiência do trabalho em equipe no Programa Saúde da Família.....	158
Tabela 1- Relação de Unidades de Saúde que aceitaram participar da pesquisa com respectivos números de participantes de cada uma no município de Guarujá S. P.....	60
Tabela 2- Distribuição de profissionais médicos e enfermeiros por tipo de unidade de saúde no município de Guarujá, S.P.....	63
Tabela 3- Distribuição por sexo, cor de pele, estado civil e vínculo empregatício por profissão no município de Guarujá S.P.....	64
Tabela 4 – Distribuição por sexo, cor de pele, estado civil e vínculo empregatício por profissão no município de Guarujá S.P.....	65
Tabela 5- Distribuição de profissionais por tipo profissão e instituição de formação no município de Guarujá S. P.....	66
Tabela 6- Distribuição por nacionalidade médica e tipo de instituição de formação no município de Guarujá S. P.....	66
Tabela 7- Distribuição em anos de formação dos profissionais no município de Guarujá S.P.....	67
Tabela 8- Concentração entre as áreas de especialidades dos profissionais realizada após a formação inicial.....	67
Tabela 9- Análise descritiva de dados biodemográficos para o médico estratificado por tipo de unidade de saúde no município de Guarujá, 2014.....	69

Tabela 10- Tabela Análise descritiva do tempo de formação de médicos estratificado por tipo de unidade de saúde.....	70
Tabela11- Análise descritiva para os médicos das unidades de saúde no município de Guarujá, 2014.....	71
Tabela 12- Distribuição em relação a satisfação de médicos pelo apoio restado pelo coordenador da unidade, relacionamento entre os membros da equipe, comunidade e seu serviço de saúde no município de Guarujá S.P.....	73
Tabela 13- Distribuição em relação a satisfação de médicos pelo trabalho na unidade de saúde, salário, tipo de vínculo empregatício e sistema de serviço de saúde do município de Guarujá S.P.....	74
Tabela 14- Distribuição de bônus ou benefícios que médicos receberam por causa da experiência profissional, qualificação na área e alcance de metas no município de Guarujá S.P.....	75
Tabela 15- Análise descritiva para os médicos em relação a carga horária, locais de trabalho, número médio de consultas e porcentagem de agendamento e tempo de formação no município de Guarujá S.P.....	76
Tabela 16- Distribuição da carga horária semanal de trabalho dos profissionais médicos nas unidades de saúde no município de Guarujá S.P.....	77
Tabela 17- Distribuição dos locais de trabalho fora da unidade de saúde dos profissionais médicos no município de Guarujá S.P.....	77
Tabela 18- Distribuição de horas trabalhadas por semana de médico com todos os vínculos empregatícios no município de Guarujá S. P.....	78
Tabela 19- Distribuição do número médio de consultas médicas por semana nas unidades de saúde no município de Guarujá S.P.....	78
Tabela 20- Distribuição por consultas médicas em relação a avaliação do número de consultas agendadas e espontâneas nas unidades de saúde do município de Guarujá S.P.....	79
Tabela 21- Relação das consultas médicas, por médicos, nas unidades de saúde do município de Guarujá S.P.....	79
Tabela 22- Apresentação dos profissionais médicos quanto a capacidade de desenvolvimento da abordagem familiar nas unidades de saúde no município de Guarujá S.P.....	81
Tabela 23- Apresentação dos profissionais médicos quanto a capacidade de desenvolver a abordagem comunitária nas unidades de saúde no município de GuarujáS.P.....	83
Tabela 24- Apresentação da capacidade dos profissionais médicos em desenvolver o trabalho multidisciplinar nas unidades de saúde no município de Guarujá S.P.	85

Tabela 25- Apresentação da capacidade de profissionais médicos em desenvolver as atividades de grupo nas unidades de saúde no município de Guarujá S.P.....	87
Tabela 26- Apresentação da capacidade de profissionais médicos em desempenhar a visita domiciliária nas unidades de saúde no município de Guarujá S.P.....	88
Tabela 27- Análise descritiva de dados biodemográficos para o enfermeiro estratificado por tipo de unidade de saúde no município de Guarujá, 2014.....	90
Tabela 28- Intervalo de formação de profissionais enfermeiros das unidades de saúde do município de Guarujá S. P.....	91
Tabela 29- Análise descritiva para os profissionais enfermeiros em relação a idade, tempo de experiência profissional no nível de atenção, tempo no município e de formação profissional no município de Guarujá S.P.	92
Tabela 30- Distribuição em relação à participação do treinamento introdutório e coordenação de unidade de saúde de enfermeiros no município de Guarujá S.P.....	93
Tabela 31- Distribuição por unidade de saúde de enfermeiros quanto à avaliação da satisfação do apoio prestado pelo coordenador do serviço de saúde, quanto o relacionamento entre membros da sua equipe e da comunidade com os serviço no município de Guarujá S.P.....	94
Tabela 32- Distribuição por unidade de saúde de enfermeiros quanto a avaliação da satisfação com o trabalho em sua unidade de saúde, com o salário, vínculo empregatício e com o serviço de saúde do seu município em Guarujá S.P.....	95
Tabela 33- Análise descritiva para as variáveis, carga horária semana de trabalho, quantidade de locais que trabalha fora o vínculo com a unidade de saúde, hora de trabalho de todos os vínculos, número médio de consultas por semana e porcentagem de agendamentos de consultas e tempo de vínculo com a unidade de saúde no município de Guarujá S.P.....	95
Tabela 34- Distribuição da carga horária semanal na unidade de saúde dos profissionais enfermeiros do município de Guarujá S.P.....	98
Tabela 35- Distribuição da quantidade de locais de trabalho fora o vínculo com a unidade de saúde dos profissionais enfermeiros no município de Guarujá S.P.....	98
Tabela 36- Distribuição da quantidade de horas de trabalho semanal em todos os vínculos dos profissionais enfermeiros das unidades de saúde do município de Guarujá S.P.....	99
Tabela 37- Distribuição do número médio de consultas dos enfermeiros por semana nas unidades de saúde do município de Guarujá S.P.....	100
Tabela 38- Distribuição da porcentagem das consultas do enfermeiro agendadas nas unidades de saúde no município de Guarujá S.P.	101

Tabela 39- Distribuição da avaliação de enfermeiros quanto a relação do número de consultas agendadas por espontâneas no município de Guarujá S.P.....	101
Tabela 40- Distribuição da avaliação dos profissionais enfermeiros em relação sentir-se capacitado para a abordagem familiar nas unidades de saúde do município de Guarujá S.P.....	103
Tabela 41- Distribuição da avaliação de sentir-se capacitado dos profissionais enfermeiros referente à abordagem comunitária nas unidades de saúde do município de Guarujá S.P.....	105
Tabela 42- Apresenta a distribuição dos profissionais enfermeiros em relação a auto avaliação de sentir-se capacitado para o desempenho do trabalho multiprofissional nas unidades de saúde no município de Guarujá S.P.....	107
Tabela 43- Distribuição da auto avaliação dos profissionais enfermeiros em sentir-se capacitado para a atividade de grupo no município de Guarujá S.P.....	109
Tabela 44- Distribuição da auto avaliação dos profissionais enfermeiros em relação a sentir-se capacitado para a visita domiciliária nas unidades de saúde no município de Guarujá S.P.....	110

LISTA DE ABREVIATURAS

APS- Atenção Primária à Saúde

BIRD – Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento.

CIAEM – Comissão de avaliação do ensino médico

CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

DAB- Departamento de Atenção Básica

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

ESF – Estratégia Saúde da Família

GM- Gabinete Ministerial

MS- Ministério da Saúde

NOB/RH-SUS – Norma Operacional Básica sobre recursos humanos em saúde – Sistema Único de Saúde.

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS- Organização Pan- Americana da Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCAT - Primary Care Assessment Tool

PNAB- Política Nacional da Atenção Básica

PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família

PSF – Programa Saúde da Família

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

TECLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNI – Projetos Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde

WONCA – Organização dos Médicos de Família

USAFA – Unidade Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	19
1.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONCEITO HISTÓRICO PARA A ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS BÁSICOS E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	22
1.2 A EDUCAÇÃO SUPERIOR EM SAÚDE NO BRASIL: REFLEXÕES DO PROCESSO HISTÓRICO.....	29
1.3 FORMAÇÃO EM SAÚDE PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL.....	36
1.4 A MEDICINA E O TRABALHO NA SAÚDE COLETIVA.....	41
1.5 A ENFERMAGEM: DEFINIÇÃO, TRABALHO NA SAÚDE COLETIVA.....	47
A FORMAÇÃO DAS EQUIPES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	50
1.6 AÇÕES TECNOLÓGICAS DO PROCESSO DE TRABALHO NAS PRÁTICAS DE SAÚDE NA APS.....	55
2. OBJETIVO GERAL	59
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	59
3. MÉTODO DE PESQUISA	60
3.1 Tipo de Pesquisa	60
3.2 Local de Pesquisa.....	60
3.3 Sujeitos de Pesquisa.....	61
3.4 Coleta de Dados	61
3.5 Análise dos Dados	63

4 RESULTADOS	64
5 DISCUSSÃO	112
6 CONCLUSÃO.....	174
7 REERENCIAL.....	177
ANEXO	197

1- INTRODUÇÃO

Na saúde, tanto no objeto processo saúde-doença como no campo instrumental teórico-prático local, onde apoiam-se as práticas na organização da produção em saúde, dada às transformações que estão ocorrendo, de maneira significativa, leva esse setor, saúde, responder dentro de uma pluralidade de necessidades – demandas no nível terciário nas complexidades tecnológicas e a atuação no nível comunitário na promoção da saúde – trás para a reflexão que somente a intervenção e recuperação do corpo biológico não têm respondido de forma plena a essas necessidades (ROCHA, ALMEIDA, 2000; GIL, 2005).

Rocha, Almeida (2000) corroboram na análise da intensificação da pluralidade, tentativa que do setor saúde responder as demandas por intervenções tecnológicas de alta complexidade e especialidade presentes no nível terciário de atenção, além de se fazer presente nos espaços cotidianos da vida das pessoas na tentativa de proporcionar uma vida mais saudável. Remete pensarmos em uma situação que vá além da demanda por atenção, na tocante à necessidade de concepção da integralidade do ser humano, à qualidade de vida e à promoção da saúde.

Desse argumento, um novo modelo assistencial vem se delineando, compreendemos esse a partir do contexto de que, o processo mesmo que estruturado, ocorre em sua implementação adequações para um determinado local e sociedade, tendo por foco a família como uma unidade de cuidado entendendo, essa, como resultado de três vínculos, conforme apontam Rocha, Almeida (2000), a descendência, a consanguinidade e os de afinidade.

A reforma sanitária em seu arcabouço teórico e jurídico conduz para a prática na formação um ideário de “interseção” saúde, educação e trabalho para a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). Pinheiro, Ceccim (2011) apontam que para a educação profissional em saúde há necessidade de observar dois pontos, esses contínuos. Um diz respeito ao “empreendimento ético-político de pensar em formação como educação permanente em saúde” e o segundo à “centralidade da integralidade em saúde como noção constitutiva e constituinte de saberes e práticas”.

O primeiro conduz os cursos de formação à prática de um cotidiano de trabalho frente às necessidades sociais e científicas justamente no momento em que a integralidade torna-se potência para a transformação do modelo centralizador fortemente ligado à doença como história natural.

Tomar o campo das relações de produção, essas ensino, serviço, gestão setorial e controle social, desperta-se para a problematização como comenta Ceccim, Feuerwerkr, (2004a) revolvendo esse despertar para a produção e não conformação das práticas direcionadas para o quadrilátero apresentado. A figura 1 apresenta os desafios para o cenário de formação de recursos humanos em saúde frente as demandas de custos, eficiência, eficácia na cobertura dos diversos segmentos coletivos.

Rocha, Almeida (2000), Tomasi, et. al. (2008) comentam que os debates a cerca dos “*novos paradigmas e novos conhecimentos em busca de sistematização*” são responsáveis por conta dos impasses epistemológicos e metodológicos das ciências da saúde quando está à frente de um objeto complexo de estudo, como é o

processo saúde-doença, que remete o profissional ser capaz de fazer uma conexão entre o processo técnico e as organizações sociais que sustentam a vida cotidiana.

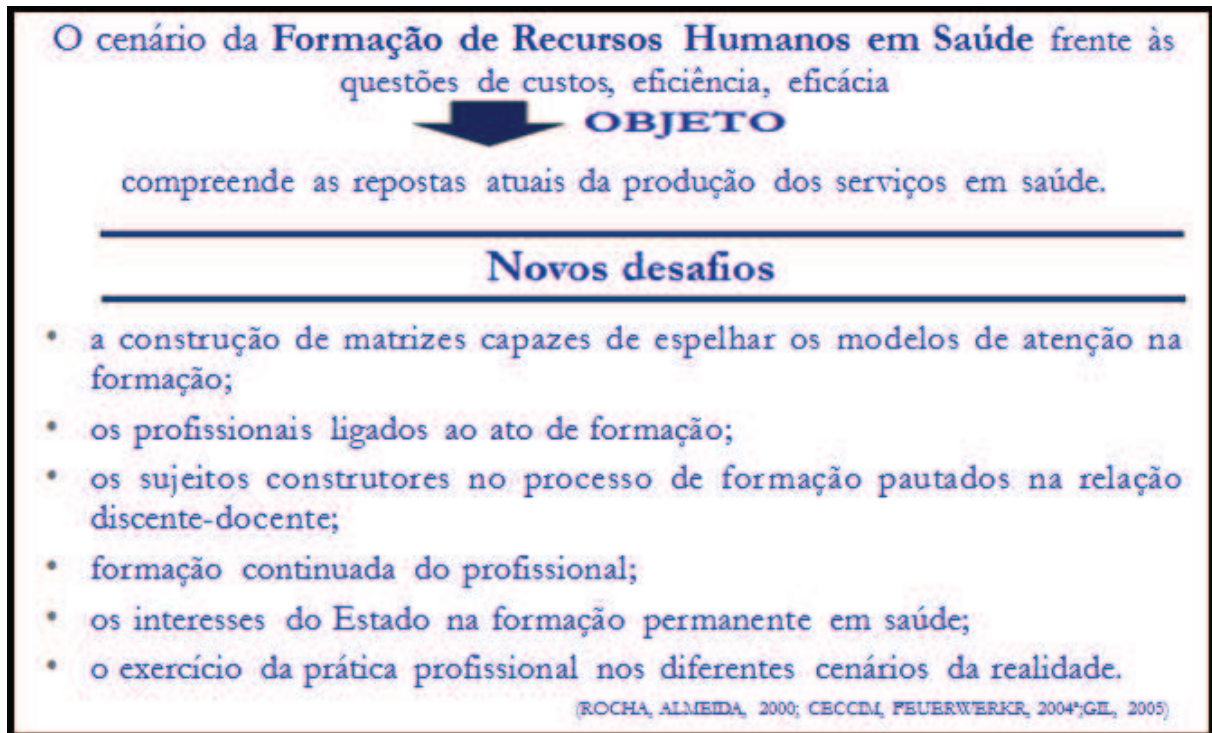


Figura 1- Desafios para a construção de matrizes na formação de Recursos Humanos em Saúde

Por isso, a prática profissional deve ser repensada na esfera da relação com a comunidade, proposta na Atenção Primária à Saúde, no constante ato interdisciplinar quando possui como objeto o processo saúde-doença, norteador das práticas de trabalho, sugerindo a re-construção do conhecimento na relação da compreensão dada entre sujeito-sujeito que a epistemologia privilegia.

A década de 70, no Brasil, exprime na redefinição do campo de saberes e práticas com o termo Saúde Coletiva, impulsionando profundas questões teóricas-metodológicas e epistemológicas. Trata-se de uma ruptura com os modelos cartesianos de investigação os quais reduziam as relações de causa e efeito, plano biológico, que propunham a resolução dos problemas dentro do modelo clínico do diagnóstico e terapia (ROCHA, ALMEIDA, 2000).

A figura 2 apresenta o recorte inicial de pensamento elaborado para a pesquisa enquanto construção teórica e para a posterior elaboração dos instrumentos de pesquisa e análise.

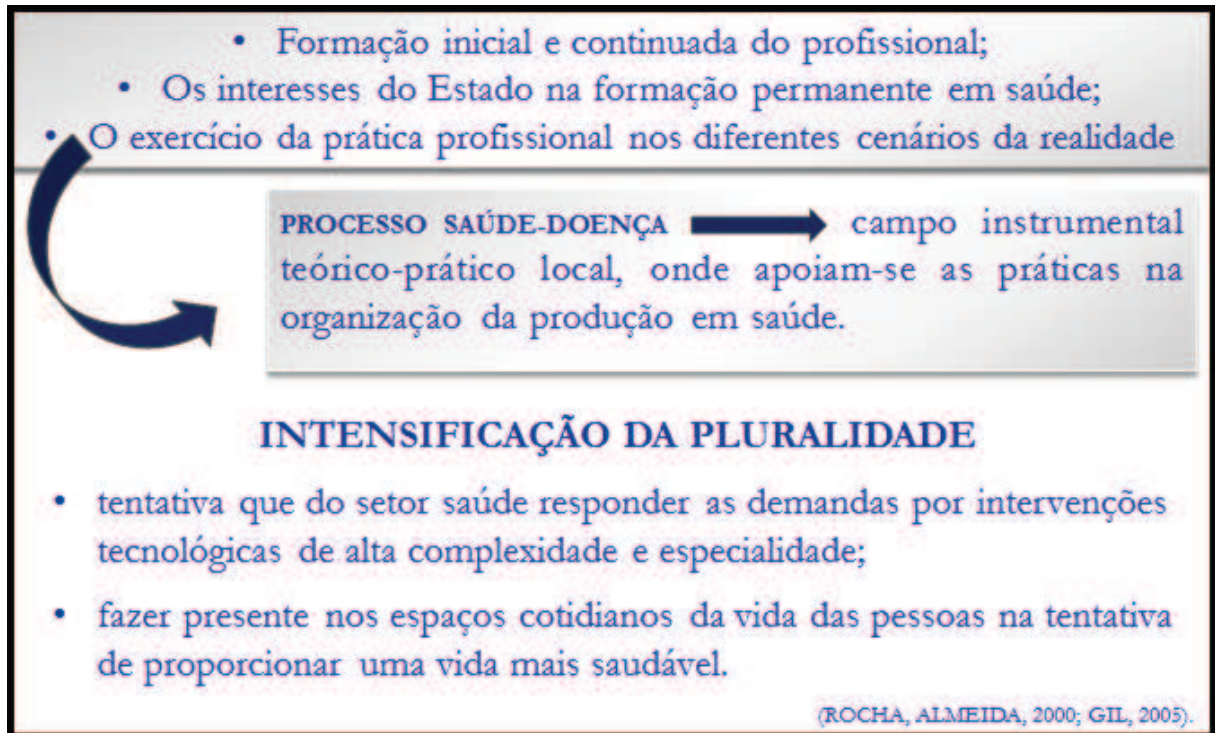


Figura 2- Construção do recorte teórico realizado para formulação da pesquisa.

1.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONCEITO HISTÓRICO PARA A ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS BÁSICOS E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Uma imagem idealizada na sociedade, construída pela influência da medicina hospitalar, ainda separa a proposta de anos de trabalho, na figura de um clínico geral ou do médico de família.

Em duas concepções, a Atenção Primária em Saúde (APS), relaciona-se a cuidados ambulatoriais na porta de entrada de um sistema de saúde ou a uma

política de reorganização do modelo assistencial (CONILL, 2008). Em ensaio, Conill, apresenta o aspecto político de reforma setorial, o que reforçamos nesse trabalho na perspectiva de oferecer conjuntos de ponderações para facilitar ou elucidar reflexões a cerca do tema.

A exclusão, relação entre pobreza, doença e vida urbana dada de uma proposta de atenção mais próxima desse cenário ligado ao terreno e mais próximo da moradia é encontrado nas propostas da “polícia médica”, na Alemanha, nos Comitês da Revolução Francesa, Revolução Industrial Inglesa na criação de dispensários que corroboram como complemento à ação dos hospitais. O mesmo cenário é observado nos centros de saúde norte-americanos do início do século XX, a disposição de serviços sociais e de saúde para a comunidade excluída, referenciando esse atendimento a um espaço comum e delimitado de cobertura. Atributos esses considerados essenciais para conceituar as características da prática de atenção primária (CONILL, 2008; BAPTISTA, FAUSTO, CUNHA, 2009).

A ideia de regionalização e hierarquização dos cuidados é apresentada no relatório Dawson, 1920, resultado de uma elaboração apresentado pelo Ministério de Saúde do Reino Unido que ocasionou a difusão da noção do conceito de atenção primária tão complexo que, Conill (2008), julga a necessidade longínqua de se colocar em práticas todos os princípios, mesmo em países desenvolvidos, como o próprio que o elaborou.

A expansão de serviços especializados, concomitante à crise gerada por esses, conduziram na década de 70 um movimento a favor da medicina ou saúde comunitária, nos Estados Unidos, com duas vertentes principais: os Departamentos de Medicina Social e Preventiva ligados aos centros universitários e a “guerra à

pobreza” liderada pelo Governo Federal, essa impulsionada pelo aumento de periferias urbanas, recorrentes de outros problemas (CONILL, 2008).

A integração dos serviços locais num sistema nacional, participação, necessidade de ações intersetoriais e a relação de saúde com desenvolvimento econômico e social, são conceitos que a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1978, estava empenhada em difundir. Observam dois polos:

um *tecnocrático* propõe a incorporação de medidas inovadoras e de racionalização das práticas (comunidade como fundamento das necessidades de saúde, hierarquização, coordenação e integração do cuidado), e de outro, *participativo* associado a uma maior democratização de serviços (mudanças na divisão do saber com ampliação da equipe, incorporação de agentes comunitários, acesso e controle social). Três eixos principais identificam elementos que se direcionam para: racionalização, legitimidade do Estado por meio de políticas públicas ou uma maior democratização dos serviços (CONILL, 1984 apud CONILL, 2008).

A ênfase na Atenção Primária e na interação dos serviços retoma o cenário uma vez que esfria o discurso centrado no controle de custos, na competição e na eficiência. Torna-se interessante analisar o contexto em que a intensificação da proposta do modelo de atenção na reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS) resgata como estratégia de prática assistencial, ao situar elementos do contexto internacional desde os projetos experimentais da década de 70 e a proximidade com o movimento sanitário, até a emergência em 1994 do “Saúde da Família”, com mudança posteriormente no status de programa para estratégia e a reorientação do modelo proposto para a assistência (CONILL, 2008; BAPTISTA, FAUSTO, CUNHA, 2009).

Na diferença de organizar os serviços, da transferência dos cuidados hospitalares para a esfera ambulatorial, a atenção primária adota os atributos sugeridos por Starfield¹, tais como o primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, centralização na família, orientação para comunidade,

¹ Recomenda-se o estudo de Starfield, B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Ministério da Saúde. 2004.

demonstra quanto maior a orientação para esse nível de atenção menor o custo e o desempenho na área materno-infantil. Essa concepção, orientação na atenção primária, é incorporada no Brasil, segundo Conill (2008) por uma validação do instrumento desenvolvido por *Johns Hopkins University*, o *Primary Care Assessment Tool* (PCAT).

Práticas essas intensificadas a partir da década de 70, no Brasil, visando à ampliação dos atendimentos em centros de saúde, que estivessem ligados ao serviço público destinado a população pobre, desenhados na influência ideário do acesso no discurso do movimento sanitário, o qual centrou as discussões nas questões políticas e do direito à saúde.

Apesar do conhecimento acumulado com os modos de práticas e formação de recursos Conill (2008) contribui na reflexão de que não encontrou um eco a esse discurso no movimento, mesmo partindo de uma reforma dos sistemas contemporâneos.

No cenário de crescimento e extensão de coberturas de cuidados primários se aprende mais sobre a educação popular para a cidadania e se expandem as bases universitárias de um movimento de reforma sanitária dando espaço às populações de periferia urbana e rural nas grandes cidades e do interior.

Já não podia mais ser a simples extensão de cobertura; era preciso alterar as relações sociais e cessar a geração de lucro empresarial sobre a saúde das pessoas e das populações. A saúde comunitária, então, habitava uma região híbrida entre “libertação” e “opressão” social, contribuindo para a realização de importantes reformas curriculares, desdobradas em muitos projetos de extensão universitária e projetos extramuros, mas que não alteraram o modelo de ensino, abrindo inclusive uma ova dissociação: a clínica é das ações individuais e território de cura; as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e produção da qualidade de vida são de caráter populacional e pertencem à saúde pública (CECCIM, CARVALHO, 2011 p. 82-3).

Uma crítica com posições inovadoras ecoa em 1980, reivindicando novas experiências para a integração ensino-serviço deslocando o saber hospitalocêntrico para as unidades básicas de saúde e incorporando medidas que recuperam os

conteúdos das ciências humanas e sociais para as reformas curriculares (MERHY, 2002).

A experiência bem sucedida do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no Nordeste, implantado em 1991, o vazio programático para a questão assistencial no SUS e os atrativos políticos, emergem a explicação que o Programa Saúde da Família, 1994, poderia representar mesmo para um governo neoliberal, uma proposta para a experiência na APS, sugerindo assim que a contratação de equipes estimularia o reordenamento do sistema de saúde e da própria atenção básica, como uma medida de incentivo financeiro e operacional para essa reforma (CONILL, 2008, GONÇALVES, et. al. 2009, BAPTISTA, FAUSTO, CUNHA, 2009).

Dado num primeiro momento a Saúde da Família compreendida como programa, em documento ministerial de 1994, sequencialmente em referencial após quatro anos passa a ser considerada para a reorientação do modelo assistencial como estratégia nas mudanças da prática convencional de atendimento, que gerou um preconceito em relação à tecnologia simplificada que o profissional usaria para a sua atuação.

Acentua críticas a esses preconceitos o Banco Mundial², ao divulga seu relatório anual, propunha pacotes mínimos de serviços, afirmando que não era um retrocesso de direitos o investimento na atenção primária. O mesmo, Banco Mundial, apoia, posteriormente, o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), estruturado em três componentes, conforme Tomasi, et. al. (2008); Conill (2008) cita: *a expansão da estratégia em municípios de grande porte, desenvolvimento de recursos humanos, monitoramento e avaliação.*

² Banco Mundial. Relatório sobre o desenvolvimento mundial, 1993: investindo em saúde. Washington DC: Banco Mundial. 1993.

Proposta essa que tinha por iniciativa fomentar a consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF), na melhoria da qualidade dos processos de trabalho e desempenho dos serviços de saúde do país, principalmente em municípios com mais de 100 mil habitantes, dado apoio que o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) faz ao Ministério da Saúde, com o objetivo de expandir o acesso aos serviços por meio de uma dinâmica de reorganização. Para isso, promove investimentos na capacitação de recursos humanos na tentativa de efetivação do desempenho profissional, incorporando ao processo o planejamento, monitoramento e avaliação. Investimentos esses que contemplam a área de estruturação para a organização dos serviços, principalmente por intermédio de Sistemas de Informação e Avaliação (DAB, s/d).

A Portaria 2.488 GM/MS altera a 648 GM/MS aprova a Política Nacional de Atenção Básica e propõe como fundamentos e diretrizes um caráter substitutivo nas práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, centrado na vigilância em saúde. Contudo torna-se necessário:

I - ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território sempre em consonância com o princípio da equidade;

II - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde; o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. 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;

III - adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários 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, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. 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, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;

IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais assim como um alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica; e

V - Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social (PORTARIA, 2.488 GM/MS, 2011).

Fazer com que a ESF ganhe espaços nos territórios requer ação administrativa e de investimentos capazes de dialogar principalmente em grandes

centros urbanos com os modelos já existentes de atenção básica, que por muitos anos se consolidaram como proposta de atenção (ELIAS, et. al. 2006).

O tênue diálogo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde, a partir da proposta de reorganização da atenção básica como “porta de entrada” para o sistema na inversão do conceito fragmentado do ser humano, da prática focalizada da atenção na “parte afetada do corpo” influencia não apenas a medicina, mas o conjunto das profissões de saúde, à rever suas propostas de ensino na formação inicial e continuada, observando novas teorias de embasamento nas determinações sociais em saúde e na constante reafirmação prática e palpável dos princípios do SUS (PINHEIRO, CECCIM, 2011).

A repercussão dos indicadores da APS no território fomenta a contratação de equipes mínimas e um considerável número de profissionais inseridos nesse mercado que devem dedicar-se a APS no Brasil. Essa relação é levantada por Conill (2002), Gil (2005), Conill (2008), Anderson, Demarzo, Rodrigues (2007), Gonçalves, et. al. (2009) afirmaram que diversos fatores, são elucidados por gestores e nas pesquisas, como limitadores para que o modelo se consolide e reorganize tais como: a formação inadequada, números reduzidos de médicos e falta de recursos além da própria forma de fazer a gestão, muitas vezes ocupada por recursos humanos desqualificados e distantes dos conceitos da APS.

1.2 A EDUCAÇÃO SUPERIOR EM SAÚDE NO BRASIL: REFLEXÕES DO PROCESSO HISTÓRICO

A criação das duas primeiras escolas Médicas (Escolas de Anatomia, Medicina e Cirurgia) no país deu-se por influência da vinda da família real

portuguesa em 1808, quando são abertas por Carta Régia, no Rio de Janeiro e em Salvador, subseqüentemente em 1832 essas escolas culminam para o ensino na formação farmacêutica desencadeando em 1839 a primeira Escola de Farmácia, em Ouro Preto. Em 1979 a estruturação de uma escola de farmácia, um curso de odontologia e um de obstetrícia junto as escolas médicas já existentes. Em 1890, por decreto federal, é fundada a Escola Profissional de Enfermeiras, na cidade do Rio de Janeiro, essa educação caminha a partir de 1920 com a educação superior e técnica. Entre 1934 e 1939 foram criados os cursos de Biologia, Serviço Social, Educação Física e Nutrição e na década de 1960 os de Psicologia, Fisioterapia, Biomedicina e Terapia Ocupacional e em meados de 1970 os de fonoaudiologia (CECCIM, CARVALHO, 2011).

A figura 3 apresenta a construção do processo histórico apresentado em marcos históricos apontados pelos autores Ceccim, Carvalho (2011).

É no período da Primeira República que os autores marcam o despontar da enfermagem, mas, somente nos últimos 40 anos, final do século passado, o país observa o crescimento das profissões em saúde e à expansão da oferta desses cursos, datados que a grande maioria desses nasceram e expandiram-se no Rio de Janeiro e em seguida São Paulo, detendo a região sudeste a maior concentração de ofertas de vagas no nível superior em saúde, acentuado com um crescimento expressivo no período de 1991 e 2001.



Figura 3- Representação dos marcos históricos na criação de centros de ensino para o sistema de saúde brasileiro.

É na década de 1920 que a formação em saúde ganha o campo na saúde pública, chamando para compreender que o acervo de conhecimento e desenvolvimento de pesquisa em laboratórios deve ser repensado para a prática e que altere positivamente a realidade de saúde (CECCIM, CARVALHO, 2011).

Nessa perspectiva é necessário que a formação estabeleça uma compreensiva conversa com a situação real das necessidades locais de saúde e que essas sejam orientadas por práticas que compreendam os padrões epidemiológicos, por isso origina um conceito ainda enraizado na cultura de higienização por profissionais na sociedade.

As mudanças ocorridas nas concepções de formação em saúde dão-se por atuação da Organização Mundial da Saúde, 1946, e da Organização Pan-Americana da Saúde junto as instituições formadoras, movimentando o ensino para a saúde pública, denominado como um movimento preventivista (AROUCA, 2003).

A mudança é chamada para dentro da academia, principalmente aos formadores e as suas propostas de integração curricular do ensino na formação profissional. Ceccim e Carvalho (2011) comentam que esse órgão, academia, deveria mesclar a saúde pública – nos conhecimentos sobre a área social e de humanidades a clínica que movimentava a ciência dos órgãos e a pesquisa biológica.

As décadas de 1950 e 60 marcam esse movimento preventivista, que aponta a formação como estratégia para a prática que então transformada atenderia a demanda social do país (Arouca, 2003). Comentam Ceccim e Carvalho (2011) que não houve um acompanhamento pelo sistema de educação para essas propostas de mudança. Afirmam os autores que

as reformas universitárias levam muito mais em conta os aspectos internos às instituições de ensino que a implicação da formação com os movimentos de transformação no interior do sistema empregador dos profissionais que se dirigem ao mundo do trabalho (CECCIM, CARVALHO, 2011. p. 80)

Os autores corroboram que os projetos de aprendizagem em saúde comunitária, década de 1970, alia-se aos projetos de direito a educação popular como projeto de cidadania, marcados no período da ditadura militar, o que impulsionou o pensamento para aplacar as más condições de vida, cabe aqui ressaltar que no debate político não existia a chances de vida em outra organização social. A visão era de que o corpo saudável era um corpo “examinado, disciplinarizado e comportado”, dessa forma as intervenções sobre o corpo não

pairam na arena de “negociação/pactuação” com aqueles que “sentem” momento que impulsiona a saúde para uma reforma essa sanitária.

Uma rede de iniciativas na iteração ensino-serviço marcam a década de 1980 por posições inovadoras e de crítica aos modelos profissionais, assistenciais, educacionais e de desenvolvimento juntamente com as propostas da Rede de Interação Docente-Assistencial com projetos em toda a América Latina (Arouca, 2003). Período datado pelas ações integradas em saúde, da perspectiva histórica do sistema de saúde, e da VIII Conferência Nacional de Saúde, da Criação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) e da Constituição Cidadã importantes reformulações para a reforma sanitária que impulsiona o SUS, posteriormente regulamentado em 1990.

Para os anos, 1990, as sequencias dos projetos de integração ensino-serviço marcam por projetos, entre eles o UNI – Uma nova iniciativa da educação dos profissionais de saúde: União com a comunidade que ganha a partir deste a interação ensino-serviço-comunidade, espaço de escuta na construção de bases locais de saúde destinadas as práticas, porém com outra lógica de atuação. Merece destaque a Comissão de Avaliação do Ensino Médico (Ciaem) e seu projeto de trabalho mesmo que não operacionalizado, quanto à reforma da educação nas ciências da saúde na proposta de elaboração de uma nova teoria científica – substituindo o relatório fexner³ em detrimento da incorporação das determinações da reforma sanitária brasileira. Posteriormente, é em, 2004 que, a ação política

³ O modelo da biomedicina baseado no relatório do mesmo nome, período de 1910, orientou a organização das escolas médicas no EUA e contribuiu para a estruturação de um modelo de organização, para o trabalho, que distanciasse o médico do entendimento do seu objeto de trabalho como seres humanos que são individualidades, biológica e subjetiva, mas também uma totalidade complexa. Esse modelo fragmenta o ser humano, ao focalizar a atenção na “parte afetada do corpo”, e influência não apenas a medicina, mas o conjunto das profissões de saúde, em maior ou menor grau, bem como a organização do trabalho coletivo institucional. A forma de organização e gestão presentes em outras áreas da produção, bem como em outras atividades do setor de serviços. Pires, D. E. Divisão Técnica do trabalho em saúde. In: Pereira, I. B., Lima, J. C. F. Dicionário da educação profissional em saúde. 2 ed. Rio de Janeiro, EPSJV, 2008.

materializada para a relação ensino-serviço-comunidade, ou ensino-trabalho-cidadania e ganha espaço na aprovação do Conselho Nacional de Saúde apresentada pelo Ministério da Saúde o AprenderSUS (CECCIM, CARVALHO, 2011).

A figura 4 exibe em períodos o resumo de acontecimentos apresentados acima que impulsionaram o Estado a pensar no modelo assistencial e suas propostas na formação de recursos humanos para a saúde.

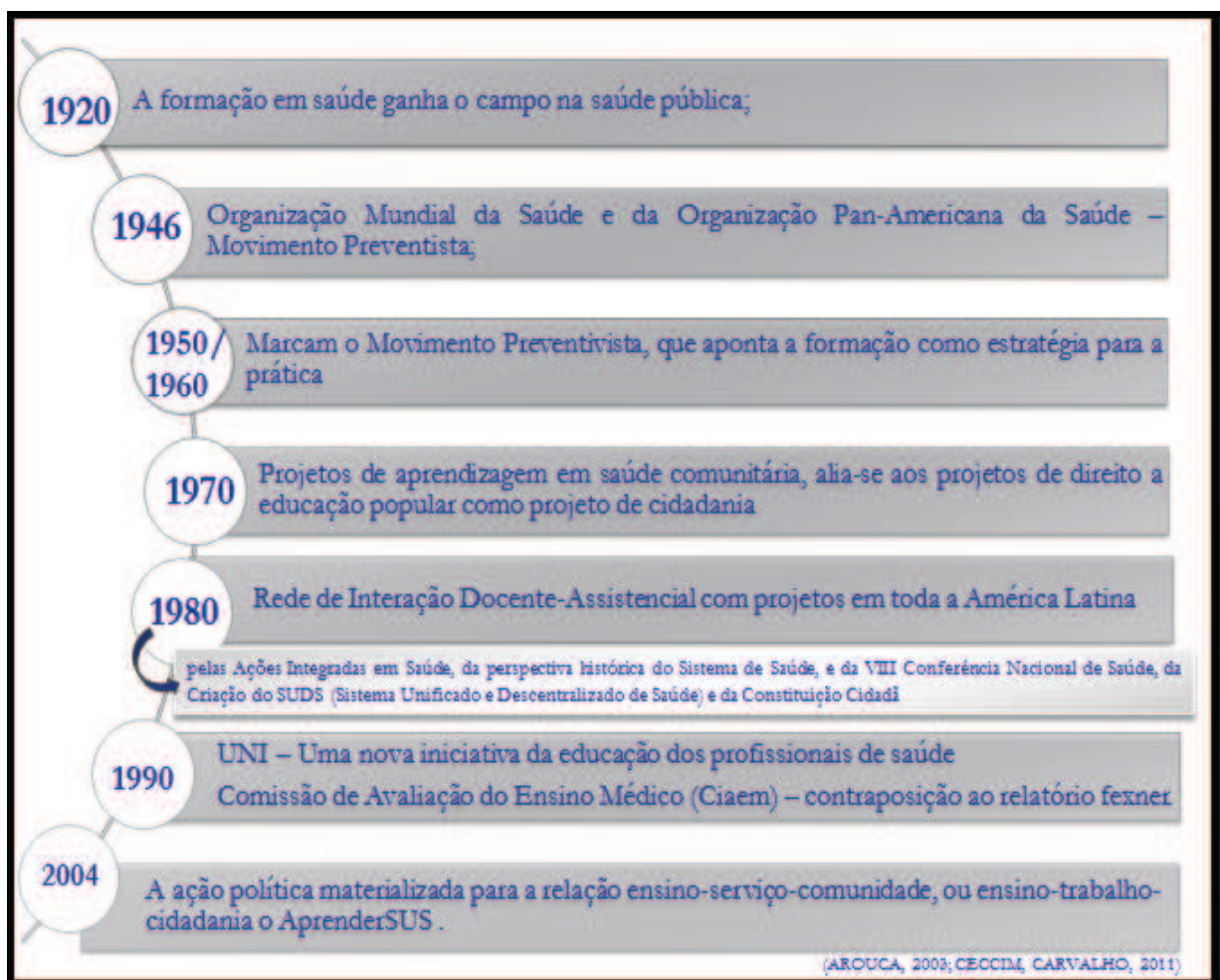


Figura 4- Resumo de acontecimentos que impulsionaram o Estado a pensar no modelo assistencial e suas propostas de formação de recursos humanos para a saúde.

Termos que se estruturam as intervenções em saúde surgem em olhares dos estudos dirigidos desde o século XVIII e por todo o século XIX, na Europa, onde o corpo – considerado como instrumento de produção – é observado a luz da ciência

biológica dentro de uma noção da história natural, significando para esse momento a “libertação” dado o conhecimento da causalidade das doenças, eixo que modifica o conceito anterior de punição e das manifestações sagradas, entre outros (CECCIM, CARVALHO, 2011).

Esse distanciamento do conhecimento anterior causa o afastamento dos sentimentos e emoções e as formulações são elaboradas dentro do processo mecânico de compreensão, máquina e organicistas. Dessa forma os autores citados colocam o corpo como instrumento de diagnósticos, prevenção ou terapia e estabelecem duas funções: “a de instrumento, na sua relação com o trabalho, e de objeto como aquele no qual se intervém”.

Observam-se nos currículos dos cursos de formação em saúde que as disciplinas biológicas são as primeiras a serem ofertadas, antes que o estudante compreenda os sentidos e histórias da subjetividade, dos sintomas e sinais do adoecimento. Esse paradigma biologista comenta Arouca (2003) determinou aos hospitais o lugar da doença e da cura e, portanto, o melhor local para a formação na assistência em saúde, fortemente marcados no século XIX e XX, para esse último a maneira sistêmica dos modelos de educação superior, aliados à pesquisa experimental emergente, conduz a razão médica e racionalidade médica.

O ensino para desapegar-se da biologia, como matéria da razão científica em saúde, deveria estabelecer uma interlocução com as humanidades e com as determinações socioeconômicas na orientação político-pedagógica, recuperando o conceito da Organização Mundial da Saúde, formulado em 1946, que alerta para a compreensão da saúde no campo do bem estar físico, mental e social (CECCIM, CARVALHO, 2011).

As estruturas dos currículos de escolas formadoras desde o relatório Flexner tendem a ter o curativo individual como proposta metodológica e de formação centrada no hospital, a partir das especialidades marcadas por um período da ciências das doenças, o corpo torna-se território de enfermidades onde as doenças evoluem e a prática clínica ganha espaço para sua experimentação, na busca da estabilização da normalidade, fortalecendo a área especializada na formação e por um abuso de alta tecnologia (MERHY, 2002).

1.3 FORMAÇÃO EM SAÚDE PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL.

A transmissão de informações e o treinamento prático em procedimentos e diagnósticos, marcado por um período histórico centrado nos conteúdos biomédicos, compartimentado e fragmentado da transmissão de conteúdos contribuiu para a dicotomização dos indivíduos pelas especialidades da clínica, onde o hospital, centra as oportunidades de aprendizagem e os hospitais universitários padronizam a acumulação de informações técnico-científicas, perpetuando em modelos de prática tradicionais como ideal para as políticas de trabalho (PINHEIRO, CECCIM, 2011; AROUCA, 2003).

A crítica estabelecida por Ceccim Feuerwerker (2004b) para esse ideal de prática confere por causa da reprodução dos referenciais técnico-científicos acumulados pelos docentes em suas áreas específicas que muitas das vezes sustentam a relação vertical professor-aluno e pelas dificuldades na ausências de estratégias didático-pedagógicas ou modelos de ensinar problematizadores.

Problematizado, esse ideal de ensino, começou a tornar-se objeto de reflexão crítica, o modelo hegemônico para o ensino em saúde, que se traduziu por “uma

baixa capacidade de preparar as novas gerações profissionais para as políticas contemporâneas do trabalho em saúde e pelo baixo impacto do exercício profissional na alteração dos indicadores de saúde” (PINHEIRO, CECCIM, 2011).

O caso apresentado pelas autoras denota a reflexão de que “adoece-se e morre-se” de agravos e doenças para os quais estudos já apontavam a prevenção e a cura, intensificados pelo foco da prática clínica, os usuários insatisfeitos, com as relações paciente-profissional, o excesso de consumo tecnológico, solicitações de exames, encaminhamentos e procedimentos invasivos nos registros de práticas iatrogênicas.

A figura 5 apresenta um esquema estruturado a partir das reflexões da formação em saúde, exposto para o exercício profissional.



Figura 5- Esquema estruturado a partir das reflexões da formação em saúde para o exercício profissional.

As mobilizações sociais para mudança na educação profissional de saúde culminaram na definição das Diretrizes Curriculares Nacionais para a educação superior, presente até o momento atual frente ao debate de como construir

currículos generalistas capazes de atuar na clínica integral (PINHEIRO, CECCIM, 2011). Tomar cuidado para que não se torne uma “panacéia” como comenta Merhy (2002, p. 117) ao situar o profissional como um milagreiro, desprezando-se a complexidade do atuar em saúde e a necessária multi-referencialidade desse agir.

Se o lado formação expressava intensiva crítica, o Conselho Nacional de Saúde apresenta a construção de uma Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos em Saúde – NOB/RH-SUS direciona o ensino para as tecnologias, tanto individual como coletiva, pressupondo a qualidade do trabalho em saúde como comprometimento das instituições de ensino em todos os níveis e contextualiza nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) as prioridades do perfil epidemiológico e demográfico estruturada sempre na reflexão docente orientada para o SUS, já que esse torna-se instrumento materializado de construir consensos, juntamente a uma formação de gestores capazes de romper com os atuais paradigmas de gestão, mediados na interlocução com o ensino, pesquisa e extensão (BRASIL, 2003).

É possível afirmar que a construção das DCN's abriram caminhos de reflexão que produzissem mudanças e flexibilização às regras para a organização dos cursos, denotam as instituições maiores compromissos com o SUS na contrapartida da interação ensino-serviço.

Como plano de fundo, a proposta de um esforço intelectual na tentativa de romper o modelo biologista, medicalizante, hospitalocêntrico e procedimento-centrado (PINHEIRO, CECIM, 2011).

“Escolas comprometidas com a construção do SUS, capazes de produzir conhecimento relevante para a realidade de saúde em suas diferentes áreas, ativas participantes do processo de educação permanente dos profissionais” (Ceccim, Feuerwerker, 2004a) conduzem ao que se propõe nas diretrizes do SUS, como as

Diretrizes Curriculares Nacionais e a intensificação dos movimentos por reforma na educação profissional dentro da relevância social.

O cenário atual desdobra-se conforme expõe Pinheiro e Ceccim (2011) numa orientação não integradora entre o ensino, trabalho e cidadania. De um lado a orientação dada para a integração ensino-trabalho, gestão setorial, cidadania fragmenta-se nos espaços de práticas cuidadoras e exercício da clínica, por outro o planejamento, avaliação, auditoria e controle social não mesclam com as noções fortes de produção de sentidos da formação definidas nas competências e habilidades capaz de apoiar o usuário na capacidade de pensar no contexto social e cultural, o que ampliaria a sua autonomia. Os autores chama a atenção que esse entendimento retoma o conceito de quadrilátero da saúde: formação, atenção, gestão e participação social.

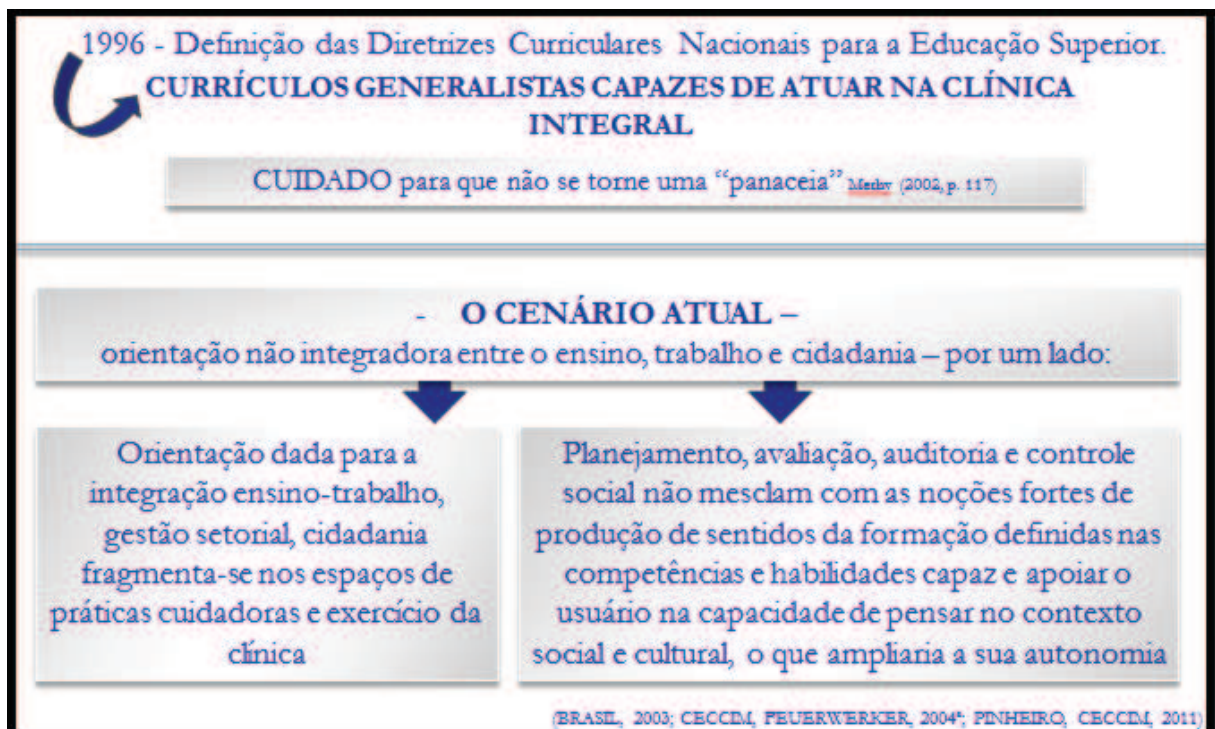


Figura 6- Apresentação da contextualização das transformações na mudança para formação de recursos humanos para a saúde e as críticas para o cenário atual.

A figura 6 apresenta a contextualização das mobilizações sociais para a mudança na formação de profissionais para trabalhar em serviços de saúde frente as principais críticas para a atual formação espelhada nas transformações.

Essa formação em saúde nas diferentes profissões que integram esse campo será em determinado tempo resultado de uma conformação tecnológica que expresse, ou seja, capaz, na gestão dos processos de ensino as práticas pedagógicas para o serviço de atenção e expressão da clínica associada à participação do usuário na tomada de decisão.

Na saúde coletiva o desafio orientador, nas discussões que entram a reorganização dos processos de formação e transformação do processo de trabalho em saúde, materializa-se na concreta articulação entre saberes e práticas, emergidos dos velhos e novos conflitos e, portando o cuidado, prática orientada para a condução do exercício da atenção à saúde, marca-se por agitações e contradições as arenas política entre a cidadania e seu direito, a prática científica, profissional ou setorial (PINHEIRO, CECCIM, 2011).

Essa fragilidade exposta anteriormente por problemas estruturais do modelo biomédico aufere espaço quando, em detrimento do uso de tecnologias dependentes, Merhy (2002), a escuta é substituída por intermediação de exames visando o êxito técnico, diminuindo a participação do usuário e a sua capacidade de percepção enquanto usuário. O autor vê no desenvolvimento de tecnologias e essas leves a interação de prática, relacionamento, e pratica social um encontro do acolher, respeitar e cuidar do outro, mediando-se pelo outro o que proporcionaria o profissional a fazer uma “autopoiese de si” (desenvolvimento permanente do ser/auto-organização).

Vale ressaltar que para essa concentração de estudo, saúde coletiva, em situações complexas e reais, tanto o exercício profissional, quanto a demanda na construção coletiva do conhecimento permeia o campo dos determinantes e condicionantes da saúde.

Resultado desse campo, situações complexas e reais, cabe aos estudantes o exercício integrador dos conteúdos como eixo de aprendizagem, uma vez que as diferentes disciplinas apresentam-se claramente separadas e descontextualizadas de uma abordagem, usuário, cidadão e comunidade (PINHEIRO, CECCIM, 2011).

1.4 A MEDICINA E O TRABALHO NA SAÚDE COLETIVA.

Gonçalves et. al. (2009) apresentam dois momentos para a atuação médica, uma no início do século XX, com práticas voltadas para a experiência pessoal e a relação dada no patológico e na proposta de desenvolver proximidade e confiança, e outra na metade desse século, marcado por um desenvolvimento tecnológico e de técnicas que desencadeou um processo de fragmentação, impessoalidade e valorização da prática através da técnica em detrimento da relação médico-paciente.

Arouca (1975) comenta que a compreensão da APS permeia-se nas dimensões econômicas, políticas e culturais. No Brasil a raiz dessa atenção está relacionada ao movimento da medicina preventiva, que propõe uma atenção em que o indivíduo sob a assistência médica deveria ser considerado a partir das interfaces social, cultural e de sua realidade, aproximando o profissional médico do ambiente sociocultural do seu objeto de assistência, propondo um respaldo melhor para a intervenção na prevenção e controle do processo de adoecimento. Corroborando, o

autor, com a informação que esse desencadeia com maior vigor a partir da reforma do ensino médico norte-americano, nos anos 40.

Ibañez et. al. (2006) comentam que a APS surge de um movimento de formação médica e, posteriormente, remete-se ao campo das competências dos serviços de saúde locais e à própria organização de atenção. A então medicina preventiva – medicina comunitária fundamentou-se na prática docente-assistencial, consolidando a formação médica para a prática com a comunidade.

Os autores corroboram expondo que os anos 60 foram de intensas disseminações do ideário da medicina preventiva e os anos 70 na consolidação e institucionalização de programas que abordam esse ideário, ganhando a APS uma atenção aos espaços das políticas na agenda governamental desencadeada pela OMS, culmina na maior estratégia elaborada com outros organismos de cooperação internacional, direciona assim na conferência de Alma-Ata.

Cabe salientar que o Ministério da Saúde não enviou delegados para essa conferência, comentam Stralen, et. al. (2008) que mesmo assim o Brasil já estava investindo na atenção primária por meio de programas de extensão e cobertura de serviços de saúde, destacando-se o PIASS (Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento).

O período de 1978 data a Conferência de Alma-Ata⁴ e, o enfoque dado a APS como estratégia de desenvolvimento de sistemas de saúde, sugere a medicina comunitária em respostas ao cenário que o sistema de saúde ocupava, altos custos

⁴ A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata aos doze dias do mês de setembro de mil novecentos e setenta e oito, expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo, formulou a declaração. Recomenda a leitura da carta em <http://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>.

e inadequações ao acesso da comunidade em relação à cobertura de assistência, aguilhada pela OMS sugere a reformulação do modelo de prestação de assistência à saúde as Nações, indicando a integração com serviços locais de saúde dentro de um sistema nacional que faça a interlocução com a comunidade a partir de sua participação executadas em ações intersetoriais e maior relação no conceito de saúde com o desenvolvimento econômico e social.

Diante desse contexto, é possível indagar como refletir, aproximar e contextualizar no cerne da academia, os currículos, matrizes e ementas capazes de dialogar com a nova visão sociocêntrica do indivíduo na comunidade? Como esse profissional formador de novos recursos será e se responsabilizará por essa atualidade na sua formação?

Refaremos um contexto histórico de discursos que impulsionam a revisão de algumas práticas, deixando claro que o esgotamento desse tema não se dá apenas nessas reflexões apresentadas.

No início o uso da epidemiologia na contextualização dos casos complexos aproximou a ação curricular na abordagem técnica visando responder às demandas impulsionadas pela comunidade (GONÇALVES, et.al. 2009).

A construção de um novo paradigma que resulta da busca das necessidades de mudança nas práticas médicas – a organização da assistência dentro do sistema de saúde e a comunicação médico-indivíduo, família e comunidade – propuseram reformas no ensino médico, na perspectiva de contemplar a formação para o trabalho tanto na dimensão pública como privada.

Talvez essa dimensão de ensino, para o público ou privado, seja um dos vieses que dificultam a conversa das matrizes nas diferentes escolas formadoras,

haja vista que os interesses ainda se permeiam na relação existente, no sistema capitalista, Estado e Mercado. Se pensarmos na compreensão de saúde alocada ao desenvolvimento e economia, buscar um ponto tangível para o Estado no fortalecimento de seu sistema é estimular um diálogo constante também no interior das instituições formadoras, tanto públicas como privadas do ensino.

Gonçalves, et. al. (2009) expõem que o estímulo da necessidade de formar profissionais adequados ao trabalho no sistema público e as políticas recentes do Ministério da Saúde⁵, conduziram a implantação das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Medicina⁶.

A disciplina de Medicina de Família e Comunidade expostas por Anderson, Demarzo, Rodrigues (2007) atribui uma ressignificação das bases estruturais da profissão nos paradigmas em saúde de forma integrada e integradora das práticas propostas para a APS. Possui um potencial transformador por inspirar-se em bases humanas e comunitárias além, de ser reconhecida internacionalmente como a especialidade médica de excelência para a APS, por estruturar-se para os Sistemas Nacionais de Saúde, discutido frente à reforma sanitária.

Corroboram os autores que a mudança de foco “doença” para “pessoa” na relação médico com o indivíduo, compreende o processo saúde-doença como um fenômeno complexo, já expostos os motivos na contextualização desse trabalho.

Os autores, Anderson, Demarzo, Rodrigues (2007), citam Byrne et. al. (1977) justificando sete razões principais para a incorporação dessa proposta de ensino nos

⁵ Cabe como exemplo o Promed, Aprender SUS, Pró-Saúde entre outros que favorecem as propostas de intensificar os princípios do SUS.

⁶ É possível perceber nas competências, habilidades e atitudes específicas uma interlocução do cuidado a partir da determinação social da saúde e processo saúde-doença. Sugere-se a leitura das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina em <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf>>.

cursos de graduação em medicina sendo destacado que os estudantes de medicina devem vivenciar o cenário para quem irá prestar o serviço, na proposta integral e integradora, compreendendo que a vivência se dá na pessoa e que sua intervenção é nesse contexto e diminuindo quando não necessário o uso da tecnologia dura, e mesmo aqueles que tendem a se especializar em áreas específicas e de alto uso de tecnologia devem conhecer o sistema para trabalhar com a referência e encaminhamento no tocante ao acompanhamento clínico de seu indivíduo, sabendo que esse caminho abre novos campos de ensino, pesquisa e extensão à escola, aumentando a responsabilidade da mesma, e tornando-se assim um espaço de incentivo para a formação nessa área.

Os princípios da medicina de família e comunidade são formalizados pela Organização dos Médicos de Família – WONCA e que objetiva:

- Atuar, prioritariamente, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), a partir de uma abordagem biopsicossocial e existencial do processo saúde-doença.
- Desenvolver ações integradas de promoção, proteção, recuperação da saúde, no nível individual e coletivo.
- Priorizar a prática médica centrada na pessoa, na relação médico paciente, com foco na família e orientada para comunidade, privilegiando o acesso, o primeiro contato, o vínculo, a continuidade e a integralidade do cuidado na atenção a saúde.
- Coordenar os cuidados de saúde prestados a determinado indivíduo, família e comunidade, referenciando, sempre que necessário, para outros especialistas ou outros níveis e setores do sistema, mas sem perda do vínculo.
- Atender, com elevado grau de qualidade e resolutividade no âmbito da Atenção Primária à Saúde, cerca de 85% dos problemas de saúde relativos a uma população específica, sem diferenciação de gênero ou faixa etária.
- Desenvolver, planejar, executar e avaliar, junto a equipe de saúde, programas integrais de atenção, objetivando dar respostas adequadas às necessidades de saúde de uma população adscrita, tendo por base metodologias apropriadas de investigação, com ênfase na utilização do método científico e epidemiológico.
- Estimular a resiliência, a participação e a autonomia dos indivíduos, das famílias e da comunidade.
- Desenvolver habilidades no campo da metodologia pedagógica e a capacidade de auto-aprendizagem e empoderamento dos indivíduos.

- Desenvolver capacidade de atuação médica humanizada, relevando seus aspectos científicos, éticos e sociais (JUSTIN ALLEN, 2002).

O potencial transformador dessa proposta tem sido apoiado tanto pela WONCA, como também pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o que tem intensificado a incorporação desses conceitos em escolas de medicina em todo o mundo e observado com a criação de Departamentos de Medicina de Família e Comunidade, ou paralelas denominações, e muitas com incentivo fiscal de governos (ANDERSON, DEMARZO, RODRIGUES, 2007).

Algumas tensões podem ser presenciadas se a proposta Estratégia Saúde da Família (ESF) não conseguir rever a sua forma de propor o cuidado. Franco e Merhy (1999) apontam a proposta da clínica ampliada na Medicina Comunitária e os cuidados primários um risco de se traduzir o “Modelo Médico Hegenômico⁷”, temendo que na prática as ESF fiquem para os territórios na competência coletiva e a saúde individual destinar ao cuidado da corporação médica. Cabe aqui entender que existem equipes que centram o cuidado no médico, outros no indivíduo e existem aquelas que tentam vincular as duas na prática da clínica.

A forma de implementar o cuidado para Camargo et. al. (2008) deriva-se da “grande diversidade na organização do processo de trabalho, diferentemente do que se possa parecer, dada a regulamentação que normatiza sua organização e funcionamento”.

⁷ Esse tipo de modelo é centrado no atendimento de doentes (demanda espontânea ou induzida pela oferta) apresenta vários sérios limites para uma atenção comprometida com a efetividade, equidade e necessidade prioritária em saúde, ainda que possa proporcionar uma assistência de qualidade em determinadas situações. Recomenda-se ler o texto de Telma Terezinha Ribeiro da Silva. Modelos assistências em saúde. Disponível em http://www.fef.unicamp.br/fef/qvaf/livros/livros_texto_ql_saude_coletiva_af/saude_coletiva/saude_coletiva_cap_6.pdf.

1.5 A ENFERMAGEM: DEFINIÇÃO, TRABALHO NA SAÚDE COLETIVA.

O cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou comunidade, reflete a essência e especificidade da enfermagem. Descrita, a enfermagem, como um processo que pode interagir a relação entre componentes indivíduo, família e comunidade nas diferentes clientela para os quais se propõe a prática e sua assistência, permeia-se na construção da definição de saúde da tríade apresentada, indivíduo, família e comunidade referindo-se como ciência no ambiente e seu impacto no ser humano, receptor do cuidado. Há cerca de sessenta anos a enfermagem vêm revisando o seu conhecimento e prática na reconstrução de suas teorias e modelos de intervenção (ROCHA, ALMEIDA, 2000).

Em documento elaborado pela Organização Mundial da Saúde observa-se que a qualificação do pessoal de enfermagem e a prática assistencial diferem profundamente de um local para o outro, portanto a natureza e a prática são influenciadas pela realidade que compreende a política, economia e a cultura, objetos que se diferem de país para país, e de região para região assim sucessivamente (WHO, 1997 apud Rocha, Almeida, 2000). A formação pessoal da enfermagem no Brasil, e na maioria dos países foi organizada para atender, inicialmente, hospitais civis e militares (OLIVEIRA, et. al. 2011).

Como força de trabalho em cuidado, a enfermagem constitui o maior contingente profissional que se distribui em diversos papéis, funções e responsabilidades dentro do prover o cuidado, aliado esse a promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento a pacientes crônicos, agudos, reabilitação entre outros. Para a prática, o cuidado se apresenta variável e dependente das relações

dentro do processo de assistência mesmo dentro do significado dado de que, o cuidar, é assistir o ser humano em suas necessidades básicas, o que torna essa atividade bastante complexa (ROCHA, ALMEIDA, 2000).

Nas décadas de 1980 e 90, Rocha e Almeida (2010) comentam que observam uma reorganização do setor saúde deslocando o cuidado também para a esfera da APS, o que contribuiu para o deslocamento da enfermagem na coordenação de programas direcionados aos cuidados prioritários que esse modelo de atenção vem proporcionando, o domicílio e o ambulatório, nos espaços comunitários, geridos a partir do controle dos custos da atenção à saúde.

A figura 6 apresenta o cuidado na dimensão do novo paradigma estruturado para a formação em enfermagem organizando o objeto da enfermagem para a prática em saúde.

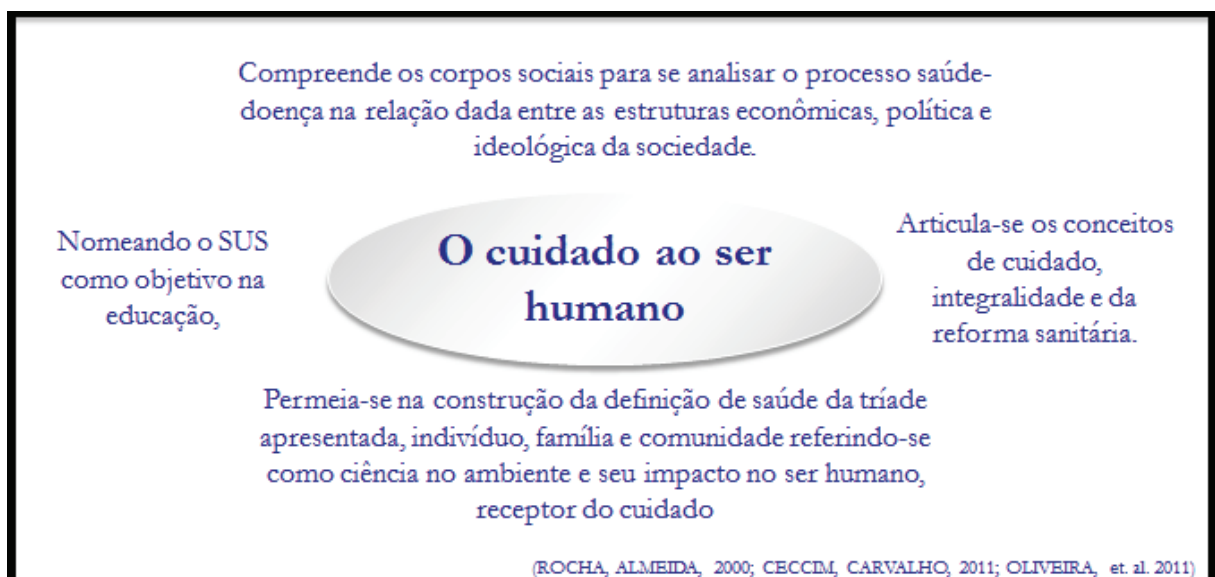


Figura 7- Dimensões do cuidado frente ao novo paradigma de estrutura enquanto objeto de formação em enfermagem para os serviços de saúde.

Essa mudança de paradigma decorre por conta dos Seminários Regionais e Nacionais de Ensino Superior em Enfermagem: a assistência à doença desloca-se

para o campo do cuidado, denota-se uma intensificação de publicações na compreensão para a prática do cuidado humano, culminando no Movimento da Educação em Enfermagem. A preconização que cruze o campo das competências técnico-científica e política, voltando o currículo para as demandas de saúde da população, articula-se os conceitos de cuidado, integralidade e da reforma sanitária (CECCIM, CARVALHO, 2011).

A condução dentro das escolas de enfermagem frente à mudança do perfil epidemiológico do processo saúde-doença, como a transição demográfica e epidemiológica, impulsionou o estudo dos currículos, deixando bem claro que as definições desse modelo não são capazes de apreender toda a complexidade do cuidar (ROCHA, ALMEIDA, 2000).

Os autores citados acima comentam que a enfermagem insere-se na esfera pública no século XIX, juntamente com o pensamento “social” na saúde, no contexto das práticas médicas e da mudança com a organização do setor saúde, fundamentando no conhecimento científico com caráter tecnológico e de racionalidade que domina a esfera produtiva da sociedade.

No entanto, o objeto da prática médica deixa de ser o corpo biológico e é necessário compreender os corpos sociais para se analisar o processo saúde-doença na relação dada entre as estruturas econômicas, política e ideológica da sociedade. Esse ato não deixa de lado a sensibilidade da prática cotidiana, soma ao respeito perante a sociedade nas relações de compreensão da necessidade individuais e coletivas da sociedade.

Nomeando o SUS como objetivo na educação, a enfermagem, registra que a formação do profissional “deve atender às necessidades sociais da saúde” e

complementa que esse atendimento “deve ser assegurado pela integralidade da atenção e pela qualidade e humanização do atendimento” (RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 3, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001).

Dado esse entendimento autores como Almeida, Rocha, (1986); Rocha, (1987); Silva, (1986); Lima, (1995); Almeida, Rocha, (1997) passaram a estudar a enfermagem enquanto uma prática social, uma parcela do trabalho em saúde que estabelece relações sociais na produção de serviço.

A FORMAÇÃO DAS EQUIPES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Gil (2005) comenta que a ESF vai ao encontro do processo de mudança do paradigma, isso se dá pelos atores e sujeitos sociais que comprometidos pelos conceitos de promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças e atenção integral, trazem um impacto positivo na proposta de reorientação do modelo no discurso acompanhado durante vários debates de se criar “um novo modo de fazer saúde”.

A autora corrobora na afirmação de que, para o exercício dos conceitos apresentados acima, de promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças e atenção integral, referencia os relatórios das Conferências Nacionais de Recursos Humanos de 1986 e 1993, assim como a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH/SUS), esses recorrentes de um representativo segmento e atores sociais engajados em torno desse objeto, de que o perfil profissional que se forma para atuação nesse nível de atenção não é adequado o suficiente para a prática e a proposta de reorganização do modelo.

Não é indissociável, mas torna-se complexo de fazer um estudo que tenha o – modelo de atenção e os recursos humanos – como objeto, sobretudo quando se avalia a importância em torno desse objeto para a construção do SUS.

De encontro a esse parecer observar e pensar nos recursos humanos que estão já inseridos no sistema, na tendente proposta de minimizar os efeitos da formação inadequada dos profissionais e afiançar que a sua prática atendam os preceitos formulados no âmbito teórico-conceitual do modelo, requer da gestão principalmente a local – município- por estar diretamente em contato com o recurso uma atenção especial, levando em conta se discorrer no campo da administração que *peçoas*⁸ são recursos importantes quando se pensa no processo de mudança no interior do espaço da organização.

Comenta Merhy (2002) ao olhar para as organizações de saúde, que existem pelo menos três campos de tensão, que devem ser observados pelo modo de se operarem dentro das organizações, sendo:

- O território das práticas de saúde como um espaço de múltiplas disputas e de constituição de políticas desenhado a partir da ação de distintos atores, que, dependendo de seus interesses e capacidade de agir, aliam-se ou confrontam-se na tentativa de afirmar uma certa conformação da saúde que faça sentido. A única maneira de enfrentar esse jogo de modo a fazer valer os interesses dos usuários é por meio do controle social e da pactuação política.
- A produção de atos de saúde é um terreno do trabalho vivo (isto é, um terreno no qual predominam as tecnologias leves – relacionais - em detrimento das tecnologias duras – equipamentos e saberes estruturados). Isso acontece porque a produção de atos de saúde opera sempre com altos graus de incerteza e com grau não desprezível de autonomia dos trabalhadores. É exatamente essa característica que abre grandes possibilidades para estratégias que possibilitem a construção de novos valores, compreensões e relações, pois há espaço para a invenção.

⁸ Vergara, S. C. Gestão de Pessoas. São Paulo. Atlas. 2000.

- O terreno das organizações de saúde, por ser um espaço de intervenção de diferentes atores a partir de suas capacidades de autogoverno, que disputam a orientação do dia-a-dia com as normas e regras instituídas, está sempre tensionado pela polaridade entre autonomia e controle. Este também é um espaço de possibilidades para a construção de estratégias que levem os s trabalhadores a utilizar seu espaço privado de ação em favor do interesse público (dos usuários).

Num conjunto de profissionais que integram a saúde da família, estar apto para compreender e agir no tocante modelo de reflexão do processo saúde-doença, implica na flexibilização quando esse já o possui, de saberes novos incorporados a partir da reflexão teórico-prática na quebra do modelo flexneriano, principalmente do profissional médico.

O cerne de discussão, inclusive dentro da formação médica, coloca a saúde da família em confronto com alguns obstáculos:

a tendência à superespecialização dos profissionais; a distribuição geográfica, principalmente dos médicos (com destaque para a continuidade dos problemas de interiorização destes profissionais); o distanciamento entre as políticas de formação e a política de saúde (com destaque para as dificuldades de definir o perfil profissional ao término da graduação); a produção de inovações no âmbito das instituições de ensino traduzidas em reformas curriculares mais efetivas (limitações referentes aos docentes onde se observa que, na grande maioria das vezes, eles reproduzem, no ensino, suas condições de trabalho e não as dos serviços existentes e necessários ao mercado, como a saúde da família, por exemplo); e a reorganização de serviços, em especial, os da atenção básica, fato observado com a expansão da saúde da família, entre outros (GIL, 2005).

Em balanço e perspectivas elaboradas pelo Ministério da Saúde, Brasil (2003), considera que a construção da Política de Recursos Humanos refere-se à consideração de dois sistemas fundamentais: as questões relacionadas com o sistema de produção de recursos humanos – a formação/preparação para o trabalho, e as questões relativas ao sistema de utilização de Recursos Humanos – a gestão do trabalho. Dado então transformado em duas concepções a: do mundo da formação e a do mundo do trabalho.

Feuerwerker (2002) comenta que as análises realizadas sobre esse processo, de formação e mundo de trabalho, informam que para o plano acadêmico, a lógica que tem orientado os movimentos educacionais ainda está significativamente deslocada, e analisando o processo de formação Schmidt (2008), corrobora com Feuerwerker ao dialogarem que não é o que vem sendo privilegiado historicamente nas instituições de ensino superior (públicas e privadas).

Argumenta Schmidt (2008) que para essa mudança, é necessário que essas instituições, universidades, passem a favorecer a capacidade de reflexão e o espírito crítico dos estudantes, tanto da realidade epidemiológica quanto dos propósitos assistenciais encetados pelo SUS e na prática exerce significativa influência no ordenamento futuro dos profissionais da saúde.

O que observa no cenário na relação de espaços de saúde, a dimensão de privatização dos serviços públicos pode favorecer o deslocamento dos princípios centrais do SUS. O olhar para essa questão não é tão novo, apresentado já no texto da Constituição Brasileira, que, em seu Artigo 200, refere-se à ordenação da formação de recursos humanos da área da saúde para o SUS (BRASIL, 1988), as Conferências Nacionais de Saúde – CNS (BRASIL, 1993), o programa de Integração

Docente Assistencial – IDA (BRASIL, 1981), o Programa União com a Comunidade – UNI e o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares em Cursos de Medicina – PROMED (BRASIL, 2002).

Entre novos e antigos problemas, os recursos humanos na saúde mesclam-se a interesses múltiplos e diversificados. Na perspectiva do SUS, reconhece o avanço dessa discussão principalmente pela ampliação que esse modelo oportuniza para o aumento de vagas de trabalho desde os anos 80, na constante absorção de recursos multiprofissionais, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, odontólogos e técnicos de higiene dental, administrativos pelos órgãos municipais incentivados por uma política de expansão idealizada através de metas de cobertura.

Não mais como um programa vertical, a saúde da família, incorporada na atenção primária, reorganiza o sistema e um nível norteador para os municípios e que não foi descartar em mudanças de exercício presidencial ocorrido em 2002, haja vista, como já mencionado, o investimento dado pelo PROESF, e no impulso Ministerial da criação do Departamento da Atenção Básica (DAB), projeto dinamizador para fortalecimento da Saúde da Família através dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família na tentativa de fortalecer através da orientação a relação ensino-serviço em torno primordialmente de capacitação dos recursos humanos inseridos na equipe multiprofissional no desenvolvimento de habilidades e competências na abordagem integral.

1.6 AÇÕES TECNOLÓGICAS DO PROCESSO DE TRABALHO NAS PRÁTICAS DE SAÚDE NA APS.

A utilização do termo tecnologia, quando incorporadas nas práticas cuidadoras, associadas essa a uma compreensão extrabiológica, capaz de definir por meio do saber científico, o que é ou não legítimo enquanto normal e patológico, desvela o olhar na “clínica do corpo de órgãos”, tocante afirmação dada por Merhy, Feuerwerker (2009) ao conduzirem a problemática de que somente o saber científico, não basta, para dar conta de produzir abordagens dos processos singulares de produção de existências singulares e coletivas.

Por isso, revisitar o campo dos processos de trabalho sob um novo prisma, o da tecnologia, vista essa, não como o aspecto trabalho- intervenção- produção e máquina (Koerich, et. al. 2007), não é discutir equipamentos e nem o moderno e o novo, mas como comentam os autores, discutir o proceder eficaz de determinados saberes, capazes de, se materializar na construção de intervenções no processo da saúde e da doença, capazes de produzir impactos desejáveis nas opções tecnológicas a serviço do usuário, retirando a ideia de que tecnologia é sinônimo de equipamento tecnológico (MERHY, 1997).

As inovações, o cotidiano e a prática nas ações tecnológicas de trabalho, quando analisadas pela ótica da experiência, não devemos entender essa como uma aquisição de conhecimento que materializa em saber com base nela. Por isso a compreensão de Foucault (1986) em posicionar que a experiência acontece com a experiência, com algo que deve tirar o sujeito de si, do lugar que está, capaz de transformar o que era frente a transformação do ser e do estar. O autor ainda

corroborar que, a experiência, não deve ser simplesmente repetida, mas deve se apreender a partir do ato de migrar e potencializar as vivências como diferenças do estar aberto a aceitar ativamente a criação, invenção e transformação.

Esse paradigma de transformação empreendido na inovação, exposta por Boaventura de Souza Santos (1997) como tensão, ruptura e transição, expõe a uma reconfiguração de saberes e poderes que conduz ao que afirmam Pinheiro, Luz (2003) uma investigação dentro das subjetividades já que as formas estão estabelecidas não num processo de formação para as formas, já possui uma identidade e não uma identificação com o cenário, além do mais, os modelos ideais estão fortemente marcados nas concepções hegemônicas e engessados na conservação.

“A referência a um saber local e uma sabedoria prática realça a necessidade permanente de contextualização dos saberes, que não podem apresentar como verdades universais” (Acioli, 2001). Portanto a prática não é somente o exercício do conhecimento teórico, no sentido de ação, mas na configuração dos significados reais e valores que se incorporam nas experiências cotidianas.

Compreende-se que os grupos sociais quanto integram a rede do cuidado participam e interferem no ponto de modificar o “campo de ação” força dada pela reconstrução dos caminhos, trajetórias e valores vivos de uma nova concepção dos sentidos de saúde, adoecer e cuidado (PINHEIRO, CECCIM, 2011).

A dimensão da intervenção em saúde a partir do profissional advém na perspectiva do cuidado e, como tal, conduz para a dimensão do corpo vivo. Nesse caso, Ceccim e Carvalho (2011) atribuem a esse corpo uma interação socius e o ambiente, esse corpo por processos de subjetivação.

O conceito de organização tecnológica do trabalho em saúde reflete o interior do processo de trabalho e os nexos formados nas práticas da atividade operante, os objetos de trabalho e a finalidade. Expõe Mendes Gonçalves (1994) ao fazer esses nexos que a tecnologia não possui significado operante se o conhecimento não for o sentido mais amplo que conduz todo o processo. Contribui Merhy (2002) classificando as tecnologias em saúde como dura, leve-dura e leve.

No trabalho em saúde, o acolhimento, a produção do vínculo, autonomização e a gestão como uma forma de governar processos de trabalho assumem a dimensão de uma tecnologia leve. Quando abordado a dimensão dos saberes estruturados que operam o trabalho sem saúde, a exemplo da clínica médica, a psicanalítica, a epidemiológica as tecnologias são leve-duras, e o acervo tecnológico dos equipamentos relacionados a máquinas, normas e a estrutura organizacional enquadram-se nas tecnologias duras.

Em muitos cursos de formação para a saúde, o corpo, entendido como meio de aplicação das práticas e aplicação das tecnologias apresentadas, é tocado somente nos finais dos cursos, quando o estudante vai para o estágio supervisionado, internatos ou treinamentos clínicos (CECCIM, CARVALHO, 2011) gerando um distanciamento das tecnologias leves e leve-duras que correspondem como ferramentas para o cuidar no nível da atenção primária à saúde, onde a intencionalidade na produção é de bens/produtos.

Levcovitz e colaboradores (2003) comentam que as novas políticas referenciam-se para a reorientação do modelo a partir da saúde da família na necessidade de articulação de estudos sobre o crescimento desse programa e a

forma como os atores, que representam essa política, compreendem e atuam na prática.

Portanto, o estudo sobre os atores, médicos e enfermeiros, e suas práticas que norteiam a premissa de sua assistência para o cuidado na atenção primária à saúde conduz ao diálogo na saúde coletiva, campo intensificador de produção sobre o conhecimento do território de atuação das práticas clínicas e a interação dos ambientes ensino-serviço-comunidade, motiva a compreensão do perfil dos atores e das produções empregadas, enquanto ferramenta de trabalho analisadas sobre a ótica da formação, da operacionalidade da prática e sua interação com serviço e comunidade.

2. OBJETIVO GERAL

Caracterizar o perfil de médicos e enfermeiros que trabalham nas unidades de saúde pertencentes à Atenção Primária, do município de Guarujá- SP.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Avaliar as associações do tipo de unidade com as características de formação, perfil profissional e ferramentas de trabalho para a Atenção Primária à Saúde.

Contextualizar o cenário de formação para o trabalho na Atenção Primária à Saúde.

Apresentar o grau de satisfação dos profissionais médicos e enfermeiros no município de Guarujá em relação ao trabalho na Atenção Primária à Saúde

Comparar as ferramentas de trabalho quanto à abordagem familiar, abordagem comunitária, trabalho multidisciplinar, atividade de grupo e visita domiciliar a partir dos profissionais, médicos e enfermeiro, se referenciarem capazes de desenvolver essas ferramentas para a prática.

3. MÉTODO DE PESQUISA

3.1 Tipo de Pesquisa

Tratou-se de um estudo transversal, definido por Pereira (2005), Bonito (2010) como um método que proporciona a análise dos dados que permite identificar os grupos de interesse, de modo a investigar associação.

3.2 Local de Pesquisa

O estudo foi realizado no município de Guarujá, Estado de São Paulo, criado em 30/06/1934, situado a 88 km da capital e que possui uma população de 307.987 habitantes (Prefeitura Municipal Guarujá, 2013).

O município conta com 13 Unidades Básicas de Saúde e 10 Unidades Saúde da Família (CNES-DATASUS, 2014). Percebe-se que a expansão da Estratégia Saúde da Família é recente, tendo a adoção de transformar algumas unidades básicas em estratégia, processo que percebe no transcorrer de um ano mais ou menos por serviço de terceirização.

A pesquisa foi aplicada a todas as unidades de saúde percebendo ausência de participação em 01 Unidade Saúde da Família e de 06 Unidades Básicas de Saúde.

A tabela 1 apresenta a relação de unidades participantes da pesquisa com os respectivos números de sujeitos.

Tabela 1- Relação de Unidades de Saúde que aceitaram participar da pesquisa com respectivos números de participantes de cada uma no município de Guarujá S. P.

Tipo de Unidade	N	%
USAFA		
Jardim dos Pássaros	8	16,0
Cidade Atlântica	5	10,0
Perequê	7	14,0
Santa Cruz dos Navegantes	2	4,0
Sítio Conceiçãozinha	5	10,0
Las Palmas	2	4,0
Jardim Progresso	9	18,0
Vila Áurea	5	10,0
Jardim Brasil	7	14,0
UBS		
Santa Rosa	3	25.1
Vila Alice	1	8.3
Vila Baiana	2	16.6
Vila Edina	3	25.1
Jardim Boa Esperança	1	8.3
Pernambuco	1	8.3
Pae Cará	1	8.3

3.3 Sujeitos de Pesquisa

Foram elegíveis para este estudo os Médicos e enfermeiros das Unidades de Saúde que estavam com vínculo no nível de Atenção Primária à Saúde, que não estavam de férias ou afastados por motivos de saúde.

3.4 Coleta de Dados

Foi utilizado um questionário estruturado desenvolvido pelo Telessaúde Brasil disponível no link http://www.tele.medicina.ufg.br/files/lb_acs.pdf, contendo informações dos profissionais de saúde dividido em três etapas. A primeira trata-se

das informações administrativas, relacionadas à caracterização das unidades de trabalho dos profissionais e sua localização. O segundo aspecto direciona aos dados de identificação profissional. A formação é o terceiro momento, sendo definida a caracterização do profissional em relação à instituição de ensino, tempo de formação e continuidade, dessa, para a prática profissional. Relaciona aos aspectos de mensuração do perfil profissional relacionando com experiência de trabalho na APS, vínculo de trabalho no município e horas de atuação nesse, o grau de satisfação com a prática e o envolvimento da dimensão do cuidado na prática.

Na pesquisa incorporou-se um segundo questionário que teve como investigação a avaliação pessoal do desenvolvimento de ferramentas importantes para o trabalho na APS, tais como: a abordagem familiar, abordagem comunitária, trabalho multidisciplinar, atividade de grupo e a visita domiciliar sendo que foram solicitados referirem a prática aos níveis de nunca, ocasionalmente, às vezes, frequentemente e sempre de estarem preparado para executar as abordagens no ambiente de trabalho.

Vale ressaltar que no último aspecto do questionário, foram destinados espaços para que os participantes pudessem expor e fazer observações sobre o assunto.

Os questionários foram auto-aplicados, entregues aos profissionais da saúde (Médicos e Enfermeiros) mediante visita presencial do pesquisador, onde foram esclarecidos os objetivos do estudo e aos que concordaram em participar foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após assinarem o TCLE foi entregue o questionário, o qual eles tinham dois dias para responder, finalizado esse tempo o pesquisador recolheu os questionários.

3.5 Análise dos Dados

Foi realizada a análise descritiva de todas as variáveis do estudo. As variáveis qualitativas foram apresentadas em termos de seus valores absolutos e relativos. E as variáveis quantitativas em termos de seus valores de tendência central e de dispersão.

Para se avaliar a associação entre as categorias de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros) e as variáveis qualitativas foi utilizado o teste de Qui-quadrado e o teste exato de Fisher.

Para as variáveis quantitativas a normalidade e homogeneidade das variâncias foram avaliadas através de Kolmogorov-smirnov e Levene respectivamente. Como as variáveis não apresentaram esses dois princípios satisfeitos, foi utilizado o teste não paramétrico U Mann-Whitney.

O nível de significância foi de 5 %. Pacote estatístico utilizado foi SPSS for Windows 17.0.

3.6 Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa nº 452.727/CEP-UNAERP/2013, em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.

4 RESULTADOS

A tabela 2 apresenta a distribuição dos profissionais que participaram da pesquisa, nota-se uma maior frequência de profissionais enfermeiros, esses, inseridos na Estratégia Saúde da Família. É possível perceber uma maior participação dos profissionais médicos na distribuição no mesmo tipo de unidade, a Saúde da Família.

Tabela 2- Distribuição de profissionais médicos e enfermeiros por tipo de unidade de saúde no município de Guarujá, S.P.

		Profissão		Nível de significância ^{&}
		Médico	Enfermeiro	
Unidade Saúde da Família		17 70,8	31 81,6	
Unidade Básica de Saúde	N	7	5	0,18
	%	29,2	13,2	
Unidade Mista: Saúde da Família + Pronto Atendimento 24 horas no mesmo local		-	2 5,3	
Total	N	24	38	
	%	100,0	100,0	

[&]: Teste de Qui-quadrado

Em relação à distribuição dos profissionais médicos a maior frequência é de brasileiros 19 (79,2%), seguidos dos estrangeiros 5 (20,8%), a pesquisa buscou a participação dos médicos estrangeiros que somaram-se nas equipes a partir da política Mais Médicos (Ministério da Saúde), mesmo estarem vinculados a dois meses nas unidades. Os brasileiros, 15 (78,9%) estão inseridos nas Unidades Saúde da Família e 4 (21,1%) em Unidades Básicas de Saúde. Já os estrangeiros apresentam maior frequência nas Unidades Básicas de Saúde 3 (60%).

A tabela 3 apresenta a análise descritiva para as variáveis unidade, sexo, estado civil, cor da pele e vínculo empregatício dos profissionais, médicos e

enfermeiros. Nota-se uma maior prevalência do sexo feminino, sendo a cor de pele branca, estado cível casado com o vínculo CLT de trabalho. Pelo teste de Qui-quadrado, observa-se que há uma associação entre sexo e grupo de profissionais, sendo que há uma prevalência do sexo feminino na enfermagem.

Tabela 3- Distribuição por sexo, cor de pele, estado civil e vínculo empregatício por profissão no município de Guarujá S.P.

		Profissão		Nível de significância ^{&}
		Médico	Enfermeiro	
Sexo				
Masculino	N	13	3	<0,001
	%	54,2	7,9	
Feminino	N	11	35	
	%	45,8	92,1	
Cor de Pele				
Negra	N	-	3	0,48
	%	-	7,9	
Branca	N	18	24	
	%	75,0	63,2	
Amarela	N	1	1	
	%	4,2	2,6	
Parda	N	5	10	
	%	20,8	26,3	
Estado Civil				
Solteiro	N	12	12	0,25
	%	50,0	31,6	
casado/união estável	N	10	24	
	%	41,7	63,2	
Separado	N	2	1	
	%	8,3	2,6	
Viúvo	N	-	1	
	%	-	2,6	
Vínculo Empregatício				
Estatutário	N	4	5	0,14
	%	16,7	13,2	
CLT	N	15	31	
	%	62,5	81,6	
Contrato Temporário	N	5	2	
	%	20,8	5,3	

[&]: Teste de Qui-quadrado

Tabela 4 – Distribuição por sexo, cor de pele, estado civil e vínculo empregatício por profissão no município de Guarujá S.P.

		Brasileiro	Estrangeiro	Nível de significância ^{&}	
Sexo					
Masculino	N	12	1	0,11	
	%	63,2	20,0		
Feminino	N	7	4		
	%	36,8	80,0		
Cor de Pele					
Branco	%	16	2		0,05
	N	84,2	40,0		
Amarelo	%	0	1		
	N	0	20,0		
Pardo	%	3	2		
	N	15,8	40,0		
Estado Civil					
Solteiro	N	8	4	0,09	
	%	42,1	80,0		
casado/união estável	N	10	0		
	%	52,6	0		
Separado	N	1	1		
	%	5,3	20,0		
Vínculo empregatício					
Estatutário	N	4	0	<0,01	
	%	21,1	0		
CLT	N	15	0		
	%	78,9	0		
Contrato Temporário	N	0	5		
	%	0	100,0		

[&]: Teste de Qui-quadrado

A tabela 4 compara os profissionais médicos, brasileiro e estrangeiro, em relação às variáveis sexo apresentando uma maior frequência masculino, ao contrário quando observado os estrangeiros, a cor de pele é branca, e possui distribuição entre estrangeiros iguais para branca e parda. O estado civil para brasileiros são casados, enquanto estrangeiros solteiros. A relação contrato de trabalho os brasileiros são regidos pela CLT, enquanto os estrangeiros estão com contratos temporários.

Quando questionados, os médicos estrangeiros, onde residiram antes de estarem no Brasil, somente 4 (80%) responderam, sendo que passaram por Cuba, Espanha, Venezuela. Ao questionar onde já trabalharam os 5 (100%) responderam trabalhando em Venezuela seguido por África, Cuba e Honduras.

No eixo de instituição de formação a maior frequência no total dos 59 (95,1%) que responderam, 49 (79%) em instituições privadas e 10 (16,1%) em pública. A estratificação por profissional é apresentada na Tabela 4 e 5.

Tabela 5- Distribuição de profissionais por tipo profissão e instituição de formação no município de Guarujá S. P.

Profissão	Tipo de Instituição		Nível de Significância ^{&}
	Pública	Privada	
	N	%	
Médico	8	80,0	13 26,5
Enfermeiro	2	20,0	36 73,5
Total	10	100,0	49 100,0

Tabela 6- Distribuição por nacionalidade médica e tipo de instituição de formação no município de Guarujá S. P.

		Tipo de Instituição	
		Pública	Privada
Médico Brasileiro	N	4	13
		19,0	62,0
Médico Estrangeiro	%	4	-
		19,0	-
Total	N	8	13
	%	38	62

Ao analisar o tempo de formação dos profissionais na tabela 6, percebemos que o intervalo inicial possui a frequência.

Tabela 7- Distribuição em anos de formação dos profissionais no município de Guarujá S.P.

Intervalo de tempo em anos de formação	N	%
01----- 05 anos	21	33,9
05 ----- 10 anos	20	32,2
10 ----- 15 anos	05	8,1
15 ----- 20 anos	01	1,7
20 ----- 25 anos	04	6,4
25 ----- 30 anos	04	6,4
>35 anos	07	11,3
Total	62	100,0

Tabela 8- Concentração entre as áreas de especialidades dos profissionais realizada após a formação inicial.

Áreas de Especialização	Profissão			
	Médico		Enfermeiro	
	N	(%)	N	(%)
Abordagem no Pré-Natal	-	-	3	6,8
Administração Hospitalar	1	4,5	-	-
Cardiologia	1	4,5	1	2,3
Cirurgia	1	4,5	-	-
Clínica Médica	3	13,6	-	-
Dermatologia	1	4,5	-	-
Docência Superior	-	-	4	9,0
Endocrinologia	1	4,5	-	-
Enfermagem do Trabalho	-	-	7	15,9
Geriatria	1	4,5	-	-
Gestão Pública	-	-	4	9,0
Medicina Desportiva	1	4,5	-	-
Medicina do Trabalho	4	18,9	-	-
Medicina Geral Integral	1	4,5	-	-
Obstetrícia	2	9,0	1	2,3
Oftalmologia	1	4,5	-	-
Pediatria	1	4,5	-	-
Saúde Pública/ Saúde da Família	-	-	15	34,2
Urgência e Emergência	2	9,0	4	9,0
UTI	1	4,5	5	11,5
Total	22	100,0	44	100,0

Ao abordar a especialização dos profissionais 37 (59,7%) possuem especialização, 14(22,6%) não possuem e 10 (16,1%) estão cursando, sendo que 1(1,6) não respondeu.

A tabela 8 apresenta as áreas de especialização, após a formação inicial, dos profissionais, enfermeiros e médicos. Observa-se que todos os profissionais concentram-se no nível Lato Sensu, especialização. Pondera-se para análise da tabela que houve mais de uma especialização por profissional, sendo que alguns possuíam até três titulações em áreas diferentes.

Em relação às áreas de concentração das especializações, dos que as possuem, a maior frequência na área médica concentram-se na Medicina do Trabalho e Clínica Médica.

Quando observada a área de concentração dos enfermeiros, a maior frequência dar-se-á na Saúde Pública/ Saúde da Família, seguida da Enfermagem do Trabalho e Unidade de Terapia Intensiva. Observa-se um pequeno número de profissionais na área de gestão pública que segue Urgência e Emergência e Docência Superior. Ao estratificar por classe profissional o número que não possuem pós-graduação, 24 (100,0%) são médicos, desses 09 (37,5) não possuem especialização. Já para os enfermeiros que são 38 (100,0%), desses 06 (15,9%) não possuem grau de titulação.

Nota-se que dos profissionais que possuem titulação no nível Stricto Sensu são 3 (4,8%). Esses pertencem à categoria médica e são estrangeiros.

Apresentamos a análise das variáveis relacionadas primeiramente ao grupo de médicos e após o grupo de enfermeiros, sendo comparados com as unidades de saúde de atuação.

A tabela 9 apresenta a análise descritiva para as variáveis sexo, cor da pele, estado civil, filhos, vínculo empregatício

Tabela 9- Análise descritiva de dados biodemográficos para o médico estratificado por tipo de unidade de saúde no município de Guarujá, 2014.

	USAFA		UBS		Nível de Significância ^{&}
	N	%	N	%	
Sexo					
Masculino	9	52,9	4	57,1	Fisher
Feminino	8	47,1	3	42,9	1,00
Cor da Pele					
Branca	12	70,6	6	85,7	0,68
Amarela	1	5,9	-	-	
Parda	4	23,5	1	14,3	
Estado Civil					
Solteiro	9	52,9	3	42,9	0,77
casado/união estável	7	41,2	3	42,9	
Separado	1	5,9	1	14,3	
Filhos					
Sim	7	41,2	4	57,1	Fisher
Não	10	58,8	3	42,9	0,66
Vínculo Empregatício					
Estatutário	0	-	4	57,1	0,001
CLT	15	88,2	0	-	
contrato temporário	2	11,8	3	42,9	

[&]: Teste de Qui-quadrado

Podemos observar na tabela 9 uma prevalência para o sexo masculino e cor branca para ambas as comparações de unidade. Em relação ao estado civil solteiro para os médicos que trabalham na USAFAs e variações equânimes para os que

trabalham nas UBS distribuídos entre solteiro e casado/união estável. Quando comparados a variável vínculo empregatício para os médicos atuantes na USAFA expressam grande prevalência para o contrato na forma de CLT expressando na análise uma associação para essa relação USAFA – vínculo CLT, já em relação aos que atuam na UBS, esses, possuem vínculo de estatutários.

Ao observarmos o tempo de formação dos profissionais médicos, apresentados na tabela 10, a prevalência dá-se entre o intervalo de 3,25 anos até 29 anos de formados, ao contrário dos que atuam na UBS que possuem tempo de formação superior a 29 anos.

Tabela 10- Tabela Análise descritiva do tempo de formação de médicos estratificado por tipo de unidade de saúde.

	USAFA		UBS		Nível de Significância ^{&}
	N	%	N	%	
Faixa de Formação					
0,16 -----3,25	7	41,0	1	14,0	
3,25 -----8,25	4	24,0	1	14,0	0,30
8,25 -----29,0	4	24,0	2	29,0	
>29,0	2	12,0	3	43,0	

[&]: Teste Qui-Quadrado.

A tabela 11 apresenta a distribuição da análise descritiva dos médicos em relação à idade, expressa uma média superior para a idade, tempo de experiência profissional, tempo de vínculo com o município e tempo de formação profissional na unidade para os médicos que estão lotados na UBS.

Quando abordados sobre o curso de capacitação de treinamento introdutório, para os profissionais médicos que atua nas USAFAs, a maior frequência afirma não

terem realizado essa modalidade de ensino perfazendo o total de 10 (58,8%).
 Demonstra em análise que nenhum profissional médico assume a coordenação da
 responsabilidade técnicas das unidades de saúde.

Tabela11- Análise descritiva para os médicos das unidades de saúde no município
 de Guarujá, 2014.

		Idade	Tempo de experiência no nível de atenção [¥]	Tempo no município	Tempo de formação em anos
USAFA					
Média		35,50	80,82	21,88	10,54
Mediana		32,00	36,00	12,00	6,75
Desvio Padrão		9,72	95,12	25,43	10,68
Mínimo		26,00	2,00	2,00	0,17
Máximo		60,00	350,00	96,00	33,33
Percentil	25	29,00	15,50	8,50	2,50
	50	32,00	36,00	12,00	6,75
	75	41,75	118,50	20,00	17,75
UBS					
Média		49,00	320,67	145,17	23,37
Mediana		50,00	279,00	31,00	29,00
Desvio Padrão		14,98	185,05	213,70	15,14
Mínimo		28,00	160,00	3,00	2,25
Máximo		65,00	523,00	523,00	43,58
Percentil	25	31,00	160,00	3,75	4,25
	50	50,00	279,00	31,00	29,00
	75	65,00	523,00	340,00	32,25
Nível de significância ^{&}		0,065	0,012*	0,812	0,076

[&]: Teste U Mann-Whitney; [¥] tempo de experiência no nível de atenção.

Tabela 12- Distribuição em relação a satisfação de médicos pelo apoio prestado pelo coordenador da unidade, relacionamento entre os membros da equipe, comunidade e seu serviço de saúde no município de Guarujá S.P.

	USAFA		UBS		Nível de Significância ^{&}
	Nº	%	Nº	%	
Satisfação com o apoio prestado pelo coordenador do serviço de saúde					
Péssimo	1	5,9	-	-	
Ruim	3	17,6	-	-	
Regular	2	11,8	1	14,3	0,45
Bom	10	58,8	4	57,1	
Excelente	1	5,9	2	28,6	
Satisfação com o relacionamento entre membros da sua equipe de saúde					
Regular	4	23,5	-	-	
Bom	7	41,2	3	42,9	0,33
Excelente	6	35,3	4	57,1	
Satisfação com o relacionamento entre a comunidade e seu serviço de saúde					
Regular	2	11,8	-	-	
Bom	13	76,5	5	83,3	0,67
Excelente	2	11,8	1	16,7	

[&]: Teste Exato de Fisher

A tabela 12 apresenta o grau de satisfação dos profissionais médicos com o apoio prestado pelo coordenador do serviço de saúde, o relacionamento entre os membros da sua equipe e da comunidade com o serviço de saúde.

A primeira variável, apoio prestado pelo coordenador da unidade, e esse caso fosse o coordenador orientado a responder sobre a coordenação da atenção básica do município, nota a relação de nível bom para ambas às unidades, o mesmo expressa na terceira variável que apresenta o relacionamento entre a comunidade e seu serviço de saúde. Já quando expressa a segunda variável, a relação com os

membros da equipe a maior prevalência se dá em bom para os que atuam na USAFA e excelente para os que estão vinculados a UBS.

A tabela 13 aborda a análise para a satisfação quanto ao trabalho na unidade de saúde, apresentando que para ambas a prevalência dar-se-á no nível de julgamento bom. Em relação ao salário para a USAFA os médicos os consideram regular e bom ao contrário da UBS, com maior prevalência, para o grau de satisfação regular. Para o vínculo empregatício as análises apresentam maior prevalência boa para ambas às unidades e regular para o sistema de serviço de saúde do município.

Tabela 13- Distribuição em relação a satisfação de médicos pelo trabalho na unidade de saúde, salário, tipo de vínculo empregatício e sistema de serviço de saúde do município de Guarujá S.P.

	USAFA		UBS		Nível de Significância ^{&}
	Nº	%	Nº	%	
Satisfação com o trabalho na sua unidade de Saúde					
Regular	3	17,6	2	33,3	0,65
Bom	12	70,6	3	50,0	
Excelente	2	11,8	1	16,7	
Satisfação com o Salário					
Ruim	2	11,8	1	16,7	0,61
Regular	7	41,2	4	66,7	
Bom	7	41,2	1	16,7	
Excelente	1	5,9	-	-	
Satisfação com o tipo de vínculo empregatício					
Ruim	-	-	1	16,7	0,18
Regular	5	29,4	1	16,7	
Bom	8	47,1	4	66,7	
Excelente	4	23,5	-	-	
Satisfação com o sistema de serviço de saúde do município					
Péssimo	4	23,5	-	-	0,22
Ruim	4	23,5	-	-	
Regular	8	47,1	5	83,3	
Bom	1	5,9	1	16,7	

[&]: Teste Exato de Fisher

A distribuição de bônus e benefícios para a categoria médica pelo tempo de experiência profissional, sua qualificação e alcance de metas, são apresentadas na tabela 14. Nota-se que essa prática na maior prevalência não foi aplicada pela

gestão. Cabe observar que uma menor prevalência dá-se pela qualificação profissional a dois servidores de unidades da USAFA.

Tabela 14- Distribuição de bônus ou benefícios que médicos receberam por causa da experiência profissional, qualificação na área e alcance de metas no município de Guarujá S.P.

	USAFA		UBS		Nível de Significância ^{&}
	Nº	%	Nº	%	
Bônus ou benefício financeiro por causa de sua experiência profissional					
Sim	1	5,9	-	-	
Não	15	88,2	7	100,0	0,64
não sei	1	5,9	-	-	
Bônus ou benefício por causa da sua qualificação profissional na área					
Sim	2	11,8	0	0	1,00
Não	15	88,2	7	100,0	
Bônus ou benefício financeiro como premiação por alcançar metas					
não	17	100,0	7	100,0	-

[&]: Teste Exato de Fisher

A Tabela 15 apresenta em sua análise descritiva uma média para a carga horária semanal de trabalho, outros vínculos empregatícios, horas de trabalho para os vínculos, número de consultas por semana e porcentagem de consultas agendas nas unidades para os médicos das USAFA. Em relação ao tempo de vínculo com a unidade os profissionais alocados nas UBS possuem maior média em relação ao tempo expresso em anos.

Tabela 15- Análise descritiva para os médicos em relação a carga horária, locais de trabalho, número médio de consultas e porcentagem de agendamento e tempo de formação no município de Guarujá S.P.

		Carga Horária Semanal	Locais que trabalha fora da Unidade de Saúde	Hora de trabalho semanal/ todos os vínculos	Nº médio de consultas por semana na Unidade de Saúde	Porcentagem de agendamento de consultas na Unidade.	Tempo de vínculo com a unidade de saúde
USAFA							
Média		37,94	1,12	52,82	109,59	76,07	18,24
Mediana		40,00	1,00	48,00	120,00	80,00	12,00
Desvio Padrão		5,32	1,05	19,96	26,63	15,00	18,67
Mínimo		20,00	0,00	30,00	50,00	50,00	2,00
Máximo		40,00	3,00	100,00	150,00	100,00	77,00
Percentil	25	40,00	0,00	40,00	92,50	70,00	8,00
	50	40,00	1,00	48,00	120,00	80,00	12,00
	75	40,00	2,00	52,00	124,00	90,00	19,50
UBS							
Média		30,29	0,71	46,57	97,14	71,43	136,43
Mediana		32,00	0,00	40,00	80,00	85,00	22,00
Desvio Padrão		10,03	0,95	13,40	27,52	25,28	198,33
Mínimo		20,00	0,00	32,00	80,00	30,00	3,00
Máximo		40,00	2,00	70,00	150,00	90,00	523,00
Percentil	25	20,00	0,00	40,00	80,00	40,00	4,00
	50	32,00	0,00	40,00	80,00	85,00	22,00
	75	40,00	2,00	60,00	120,00	90,00	279,00
Nível de Significância^{&}		0,099	0,418	0,494	0,187	0,891	0,383

[&]: Teste U de Mann-Whitney

Na tabela 16 podemos perceber que a carga horária dos médicos nas unidades de saúde expressam em sua maior prevalência para as 40 horas, salvo que apresenta trabalhos vinculados há 20 horas semanais para as duas unidades. Demonstrando na tabela 17 que a maioria dos profissionais médicos, não apresenta

outros vínculos empregatícios. Ressalta a existência de uma maior distribuição de outros vínculos aos profissionais das USAFAS, mesmo expressando em uma menor quantidade. Ao abordar a quantidade de horas trabalhadas por semana, por esses profissionais na tabela 18, a maior relação dar-se-á em 40 horas semanais. Ao observar o que foge do regime de trabalho convencional para a prática nessas unidades, a maior relevância apresenta para 52 horas semanais.

Tabela 16- Distribuição da carga horária semanal de trabalho dos profissionais médicos nas unidades de saúde no município de Guarujá S.P.

	USAFA		UBS		Nível de Significância &
	Nº	%	Nº	%	
Carga horária semanal na unidade de saúde					
20	1	5,9	3	42,9	0,08
30	1	5,9			
32	-	-	1	14,3	
35	1	5,9			
40	14	82,4	3	42,9	

&: Teste Exato de Fisher

Tabela 17- Distribuição dos locais de trabalho fora da unidade de saúde dos profissionais médicos no município de Guarujá S.P.

	USAFA		UBS		Nível de Significância &
	Nº	%	Nº	%	
0	6	35,3	4	57,1	0,59
1	5	29,4	1	14,3	
2	4	23,5	2	28,6	
3	2	11,8	-	-	

&: Teste Exato de Fisher

Tabela 18- Distribuição de horas trabalhadas por semana de médico com todos os vínculos empregatícios no município de Guarujá S. P.

	USAFA		UBS		Nível de Significância ^{&}
	Nº	%	Nº	%	
30	1	5,9	-	-	
32	0		1	14,3	
40	6	35,3	3	42,9	
44	0		1	14,3	0,11
48	2	11,8	0	-	
52	5	29,4	0	-	
60	0	-	1	14,3	
70	0	-	1	14,3	
72	1	5,9	-	-	
100	2	11,8	-	-	

[&]: Teste Exato de Fisher

Tabela 19- Distribuição do número médio de consultas médicas por semana nas unidades de saúde no município de Guarujá S.P.

	USAFA		UBS		Nível de Significância ^{&}
	Nº	%	Nº	%	
50	1	5,9	-	-	
80	2	11,8	4	57,1	
85	1	5,9	-	-	
90	-	-	1	14,3	
100	4	23,5	-	-	0,25
120	5	29,4	1	14,3	
128	1	5,9	-	-	
140	1	5,9	-	-	
150	2	11,8	1	14,3	

[&]: Teste Exato de Fisher

Tabela 20- Distribuição por consultas médicas em relação a avaliação do número de consultas agendadas e espontâneas nas unidades de saúde do município de Guarujá S.P.

	USAFA		UBS		Nível de Significância ^{&}
	Nº	%	Nº	%	
30	-	-	1	14,3	
40	-	-	1	14,3	
50	2	13,3	-	-	
60	1	6,7	1	14,3	
70	3	20,0	-	-	
75	1	6,7	-	-	0,19
80	4	26,7	1	14,3	
85	0	-	2	28,6	
90	2	13,3	2	28,6	
96	1	6,7	0	-	
100	1	6,7	0	-	

[&]: Teste Exato de Fisher

Tabela 21- Relação das consultas médicas, por médicos, nas unidades de saúde do município de Guarujá S.P.

	USAFA		UBS		Nível de Significância ^{&}
	Nº	%	Nº	%	
Muitas consultas agendadas para poucas espontâneas	5	29,4	4	57,1	
Poucas consultas agendadas e muitas espontâneas	3	17,6	-	-	0,48
Relação adequada entre consulta agendada e espontânea	5	29,4	2	28,6	
Não Sei	4	23,5	1	14,3	

[&]: Teste Exato de Fisher

A análise para o número de consultas por semana na avaliação médica, tabela 19, apresenta maior prevalência para a quantidade de 100 a 120 consultas por semana nas USAFAs, já para as UBS as consultas demandam média de 80

consultas por semana. Expressam, os médicos na tabela 20, que a maior prevalência é de consultas agendas se comparadas ao número de consultas realizadas na tabela 19, acompanha a afirmação de que a relação é adequada entre consultas agendadas e espontâneas, conforme apresenta a tabela 21.

A última análise para os profissionais médicos apresenta algumas ferramentas importantes para a prática profissional na atenção primária à saúde. Solicitados, os médicos, a uma auto avaliação sobre a capacidade de desenvolver cinco ferramentas: a abordagem familiar e comunitária, o trabalho multidisciplinar, as atividades de grupo e a visita domiciliária. As tabelas 22, 23, 24, 25 e 26 apresentam essas respectivas ferramentas.

A tabela 22 apresenta a comparação entre os profissionais médicos em relação a sentir-se capacitado para realizar a abordagem familiar no modelo proposto de atenção à saúde. Dividida em quatro variáveis de estudo, a capacidade expressa de preparo para uma entrevista familiar, para uma consulta individual com abordagem familiar é de sempre para os profissionais de ambas as unidades.

Ao abordar o genograma/familiograma os médicos das USAFA, em maior prevalência frequentemente sentem-se capacitados, já os da UBS às vezes. Na perspectiva de intervenções terapêuticas familiares os médicos das USAFA abordam em maior predominância que frequentemente e sempre sentem-se capacitados para a execução dessa prática. Ao observar os médicos vinculados as UBS eles distribuem-se igualmente na capacidade de nunca, ocasionalmente, às vezes e frequentemente para essa prática.

Tabela 22- Apresentação dos profissionais médicos quanto a capacidade de desenvolvimento da abordagem familiar nas unidades de saúde no município de Guarujá S.P.

Sinto-me capacitado em Abordagem Familiar quanto:		USAFA		UBS		Nível de Significância ^{&}
		Nº	%	Nº	%	
Entrevista Familiar	Nunca	-	-	1	16,7	0,27
	as vezes	1	5,9	1	16,7	
	frequentemente	5	29,4	1	16,7	
	Sempre	11	64,7	3	49,9	
Consulta Individual com abordagem familiar	ocasionalmente	1	5,9	1	25,0	0,66
	as vezes	1	5,9	-	-	
	frequentemente	4	23,5	1	25,0	
	Sempre	11	64,7	2	50,0	
Genograma/"Familiograma"	Nunca	2	11,8	1	25,0	0,31
	ocasionalmente	1	5,9	-	-	
	as vezes	2	11,8	2	50,0	
	frequentemente	5	29,4	1	25,0	
Intervenções terapêuticas familiares	sempre	7	41,2	-	-	0,09
	nunca	2	11,8	1	25,0	
	ocasionalmente	1	5,9	1	25,0	
	as vezes	-	-	1	25,0	
	frequentemente	6	35,3	1	25,0	
	sempre	8	47,1	-	-	

[&]: Teste Exato de Fisher

Quando analisado a capacidade de realizar uma abordagem comunitária pelos profissionais médicos, na tabela 23, percebe-se que a maior prevalência para o desenvolvimento do diagnóstico de saúde da comunidade/indicadores de saúde frequentemente e sempre para ambas as unidades, ressalta que um sujeito expressa nunca, em relação à capacidade de trabalhar com essa prática.

Ao atentar para o diagnóstico de demanda da unidade a maior prevalência distribui-se para frequentemente e sempre, ambas as unidades. Sentir-se capacitado para definição de prioridades, planejamento de intervenções, execução das ações comunitárias e avaliação da implementação e do impacto das intervenções, na abordagem comunitária, apresenta a capacidade de sempre estar preparado para essas práticas em relação aos médicos da USAFA, já a capacidade de frequentemente para os profissionais médicos da UBS em relação a maior prevalência apresentada na tabela 23.

Na mesma tabela, 23, ao abordar a vigilância em saúde os médicos das USAFA frequentemente sentem-se capacitados para desenvolvê-la, diferentemente dos, médicos, da UBS que às vezes sentem essa capacidade para a prática.

Tabela 23- Apresentação dos profissionais médicos quanto a capacidade de desenvolver a abordagem comunitária nas unidades de saúde no município de Guarujá S.P.

Sinto-me capacitado em Abordagem Comunitária quanto ao:		USAFA		UBS		Nível de Significância ^{&}
		Nº	%	Nº	%	
Diagnóstico de saúde da comunidade/ indicadores de saúde	ocasionalmente	1	6,3	1	33,3	0,56
	as vezes	1	6,3	-	-	
	frequentemente	7	43,8	1	33,3	
	sempre	7	43,8	1	33,3	
Diagnóstico de demanda da unidade	ocasionalmente	-	-	1	20,0	0,28
	as vezes	2	12,5	-	-	
	frequentemente	7	43,8	2	40,0	
	sempre	7	43,8	2	40,0	
Definição de prioridade	nunca	1	6,3	-	-	0,67
	as vezes	2	12,5	-	-	
	frequentemente	5	31,3	2	66,7	
	sempre	8	50,0	1	33,3	
Planejamento das Intervenções Comunitárias	ocasionalmente	1	6,3	-	-	0,36
	as vezes	2	12,5	1	33,3	
	frequentemente	5	31,3	2	66,7	
	sempre	8	50,0	-	-	
Execução das ações comunitárias	ocasionalmente	1	6,3	1	33,3	0,21
	as vezes	3	18,8	-	-	
	frequentemente	5	31,3	2	66,7	
	sempre	7	43,8	-	-	
Avaliação da implementação e do impacto das intervenções	nunca	-	-	1	33,3	0,06
	ocasionalmente	1	6,3	-	-	
	as vezes	4	25,0	-	-	
	frequentemente	4	25,0	2	66,7	
Vigilância em Saúde	sempre	7	43,8	-	-	0,21
	ocasionalmente	1	6,7	-	-	
	as vezes	2	13,3	2	66,7	
	frequentemente	7	46,7	1	33,3	
	sempre	5	33,3	-	-	

[&]: Teste Exato de Fisher

A tabela 24 apresenta a capacidade dos profissionais médicos com o trabalho multidisciplinar, em maior prevalência sentem-se capazes de trabalhar com médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e administrativo sempre. Quando abordamos o trabalho com cirurgiões dentistas, técnico de higiene dental e auxiliares de consultório dentário alterna-se em respostas de frequentemente e sempre para os médicos das USAFA e às vezes para os da UBS. Quando abordamos a relação dos Agentes Comunitários de Saúde a maior prevalência de sentirem-se capacitados para esse trabalho é de sempre para os médicos da USAFA e de às vezes e sempre para os da UBS.

Tabela 24- Apresentação da capacidade dos profissionais médicos em desenvolver o trabalho multidisciplinar nas unidades de saúde no município de Guarujá S.P.

Sinto-me capacitado no trabalho multidisciplinar com:		USAFA		UBS		Nível de Significância ^{&}
		Nº	%	Nº	%	
Médicos (as)	ocasionalmente	-	-	1	14,3	0,12
	as vezes	-	-	2	28,6	
	frequentemente	2	18,2	1	14,3	
	Sempre	9	81,8	3	42,9	
Enfermeiros (as)	as vezes	-	-	1	14,3	0,34
	frequentemente	2	18,2	2	28,6	
	Sempre	9	81,8	4	57,1	
Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	as vezes	1	9,1	1	14,3	0,79
	frequentemente	2	18,2	2	28,6	
	Sempre	8	72,7	4	57,1	
Cirurgiões Dentistas	ocasionalmente	-	-	1	14,3	0,02*
	as vezes	-	-	3	42,9	
	frequentemente	5	45,5	-	-	
	Sempre	6	54,5	3	42,9	
Técnico de Higiene dental	ocasionalmente	1	9,1	-	-	0,03*
	as vezes	-	-	3	60,0	
	frequentemente	5	45,5	-	-	
	Sempre	5	45,5	2	40,0	
Auxiliares de Consultório Dentário	ocasionalmente	1	9,1	-	-	0,01*
	as vezes	-	-	3	75,0	
	frequentemente	5	45,5	-	-	
	Sempre	5	45,5	1	25,0	
Agentes Comunitários de Saúde	as vezes	-	-	2	50,0	0,03*
	frequentemente	4	36,4	-	-	
	Sempre	7	63,6	2	50,0	
Administrativo	as vezes	1	9,1	2	33,3	0,40
	frequentemente	4	36,4	1	16,7	
	Sempre	6	54,5	3	50,0	

[&]: Teste Exato de Fisher

Ao abordar a capacidade de elaborar as atividades de grupo, tabela 25, os médicos da USAFA, em maior prevalência, sentem-se preparados sempre para a execução dessa prática. Para os médicos da UBS quanto a metodologia, distribuem-se em às vezes e frequentemente, para o planejamento, desenvolvimento e avaliação as vezes e sempre.

A tabela 26 apresenta a capacidade de desenvolvimento da visita domiciliar para os médicos, em maior prevalência quanto ao planejamento, priorização, consulta domiciliária e desenvolvimento do programa multidisciplinar de acompanhamento domiciliar, os médicos da USAFA, sente-se sempre capazes para a execução dessa prática.

Tabela 25- Apresentação da capacidade de profissionais médicos em desenvolver as atividades de grupo nas unidades de saúde no município de Guarujá S.P.

Sinto-me capacitado em atividades de grupo quanto:		Médico				Nível de Significância ^{&}
		USAFA		UBS		
		Nº	%	Nº	%	
Metodologia	Nunca	2	12,5	-	-	0,59
	Ocasionalmente	1	6,3	-	-	
	As vezes	2	12,5	1	50,0	
	Frequentemente	5	31,3	1	50,0	
	Sempre	6	37,5	-	-	
Planejamento	Nunca	1	6,3	-	-	0,69
	Ocasionalmente	1	6,3	-	-	
	As vezes	2	12,5	1	50,0	
	Frequentemente	4	25,0	-	-	
	Sempre	8	50,0	1	50,0	
Desenvolvimento	Nunca	1	6,3	-	-	0,66
	Ocasionalmente	1	6,3	-	,0%	
	As vezes	2	12,5	1	50,0	
	Frequentemente	5	31,3	-	-	
	Sempre	7	43,8	1	50,0	
Avaliação	Nunca	1	6,3	-	-	0,05*
	Ocasionalmente	2	12,5	-	-	
	As vezes	-	-	1	50,0	
	Frequentemente	6	37,5	-	-	
	Sempre	7	43,8	1	50,0	

[&]: Teste Exato de Fisher

Tabela 26- Apresentação da capacidade de profissionais médicos em desempenhar a visita domiciliária nas unidades de saúde no município de Guarujá S.P.

Sinto-me capacitado em Visita Domiciliária quanto:		USAFA		UBS		Nível de Significância^{&}
		Nº	%	Nº	%	
Planejamento	Ocasionalmente	1	6,3	-	-	0,93
	Às Vezes	1	6,3	-	-	
	Frequentemente	3	18,8	-	-	
	Sempre	11	68,8	1	100	
Priorização	Frequentemente	3	18,8	-	-	1,00
	Sempre	13	81,3	1	100	
Consulta Domiciliária	Às Vezes	1	6,3	-	-	0,80
	Frequentemente	4	25,0	-	-	
	Sempre	11	68,8	1	100	
Desenvolvimento do Programa multidisciplinar de acompanhamento domiciliar	Às Vezes	1	6,3	-	-	0,80
	Frequentemente	4	25,0	-	-	
	Sempre	11	68,8	1	100	

[&]: Teste Exato de Fisher

A partir de agora discorreremos as análises para o grupo de enfermeiros comparando com as unidades de saúde.

A tabela 27 apresenta a análise descritiva dos dados biodemográficos dos profissionais enfermeiros por tipo de unidade de saúde. A maior prevalência para o sexo é feminino e cor da pele amarela, para ambas as unidades. Quando analisado o estado civil a maior prevalência são de casado/união estável para a USAFA e de solteiro para UBS. Ao abordar a questão de filhos a proporção de ter ou não são próximas para os profissionais enfermeiros das USAFA e igual para os da UBS. No aspecto vínculo empregatício os enfermeiros das USAFA são na totalidade contratados na modalidade CLT e na UBS são estatutários.

Tabela 27- Análise descritiva de dados biodemográficos para o enfermeiro estratificado por tipo de unidade de saúde no município de Guarujá, 2014.

	USAFA		UBS		Nível de Significância ^{&}
	Nº	%	Nº	%	
Sexo					
Masculino	3	9,1	-	-	
feminino	30	90,9	4	100,0	1,00
Cor da Pele					
Branca	3	9,1	-	-	
amarela	20	60,6	4	100,0	0,29
Parda	10	30,3	-	-	
Estado Civil					
Solteiro	9	27,3	3	75,0	
casado/união estável	23	69,7	1	25,0	0,16
Separado	1	3,0	-	-	
Filhos					
Sim	16	48,5	2	50,0	
Não	17	51,5	2	50,0	0,95
Vínculo Empregatício					
Estatutário	-	-	4	100,0	<0,001*
CLT	31	93,9	-	-	
Contrato temporário	2	6,1	-	-	

[&]: Teste Exato de Fisher

Ao abordar o intervalo de formação, dos profissionais enfermeiros a tabela 28 apresenta prevalências iguais para o primeiro e terceiro intervalo para os enfermeiros que atuam nas USAFA. Já os que atuam nas UBS todos possuem formação superior a 8 anos.

Tabela 28- Intervalo de formação de profissionais enfermeiros das unidades de saúde do município de Guarujá S. P.

	USAFA		UBS		Nível de Significância ^{&}
	N	%	N	%	
Faixa de Formação					
0,67 ---3,25	10	31,0	-	-	
3,25 ---6,25	9	28,0	-	-	< 0,001
6,25 ---8,25	10	31,0	-	-	
>8,25	3	10,0	4	100,0	

[&]: Teste Exato de Fisher

A tabela 29 apresenta a análise descritiva desses profissionais para a idade, tempo de experiência no nível de atenção, tempo no município e de formação profissional, tendo que a média é maior para os que atuam nas UBS.

A tabela 30 apresenta a relação de capacitação do treinamento introdutório para a estratégia saúde da família. Os enfermeiros dessas unidades afirmam em maior prevalência que não tiveram esse curso inicial. Na relação de responsabilidade técnica da unidade – a coordenação da unidade- percebe-se que a responsabilidade das unidades está na administração dos enfermeiros sendo que somente uma UBS esse não ocupa o cargo de coordenação.

A tabela 31 apresenta o grau de satisfação dos profissionais enfermeiros. Em relação ao apoio prestado pelo coordenador do serviço, e caso esse fosse o coordenador, foi solicitado que respondesse pensando na coordenação da atenção básica do município. Para os que estão lotados nas USAFAS, a maior prevalência, é classificada como bom, já para os que estão na UBS a avaliação é regular. Quando abordado o relacionamento entre os membros da equipe de saúde e entre a comunidade e o serviço de saúde, os profissionais em ambas as unidades, apresentam maior prevalência na avaliação de bom.

Tabela 29- Análise descritiva para os profissionais enfermeiros em relação a idade, tempo de experiência profissional no nível de atenção, tempo no município e de formação profissional no município de Guarujá S.P.

		Idade (anos)	Tempo de experiência profissional I no nível de atenção	Tempo no município (meses)	Tempo de formação (anos)
USAFA					
Média		34,72	29,94	18,71	6,57
Mediana		33,00	21,00	17,00	6,25
Desvio Padrão		8,36	28,08	16,96	5,25
Mínimo		24,00	1,00	1,00	0,67
Máximo		53,00	123,00	90,00	24,25
Percentil	25	28,00	15,00	10,00	3,35
	50	33,00	21,00	17,00	6,25
	75	41,00	39,00	22,00	8,25
UBS					
Média		39,50	148,67	174,50	18,75
Mediana		38,00	112,00	148,00	14,75
Desvio Padrão		8,70	125,10	79,05	11,27
Mínimo		31,00	46,00	114,00	10,25
Máximo		51,00	288,00	288,00	35,25
Percentil	25	32,00	46,00	117,50	11,00
	50	38,00	112,00	148,00	14,75
	75	48,50	288,00	258,00	30,50
Nível de Significância ^α		0,315	0,014	0,000	0,001

A tabela 32 continua a apresentação da satisfação profissional. A expor a satisfação com o trabalho na sua unidade de saúde para os que estão lotados nas USAFA, a maior prevalência, é de classificar como bom, para os que estão nas UBS divide-se a amostra em regular e bom. Ao abordar o salário a avaliação de bom para os profissionais de ambas as unidades. Para o vínculo empregatício a prevalência

maior dar-se-á para os enfermeiros das USAFA como bom e para os da UBS excelente. Numa avaliação do sistema de saúde de seu município a maior prevalência de regular para os que trabalham nas USAFA e de distribuição igual entre regular e bom para os enfermeiros lotados nas UBS.

Ao abordar os benefícios e bônus que a gestão e coordenação da atenção básica poderiam oferecer aos profissionais quanto a sua experiência profissional, qualificação profissional para o trabalho na área ou referente a premiação por alcance de metas alcançadas todos afirmam não terem tido esse benefício ou bônus. Apenas 2 (6,1%) profissionais pertencentes ao grupo da USAFA não souberam informar.

Tabela 30- Distribuição em relação à participação do treinamento introdutório e coordenação de unidade de saúde de enfermeiros no município de Guarujá S.P.

	USAFA		UBS		Nível de Significância ^{&}
	Nº	%	Nº	%	
Treinamento Introdutório					
SIM	11	33,3	-	-	0,29
NÃO	22	66,7	4	100,0	
Coordenador da Unidade					
SIM	8	24,2	3	75,0	
NÃO	25	75,8	1	25,0	0,04*

[&]: Teste Exato de Fisher

Tabela 31- Distribuição por unidade de saúde de enfermeiros quanto à avaliação da satisfação do apoio prestado pelo coordenador do serviço de saúde, quanto o relacionamento entre membros da sua equipe e da comunidade com os serviços no município de Guarujá S.P.

	USAFA		UBS		Nível de Significância ^{&}
	Nº	%	Nº	%	
Satisfação com o apoio prestado pelo coordenador do serviço de saúde					
Ruim	1	3,0	-	-	
Regular	4	12,1	2	50,0	0,26
Bom	19	57,6	1	25,0	
Excelente	9	27,3	1	25,0	
Satisfação com o relacionamento entre membros da sua equipe de saúde					
Regular	2	6,1	1	25,0	
Bom	24	72,7	2	50,0	0,39
Excelente	7	21,2	1	25,0	
Satisfação com o relacionamento entre a comunidade e seu serviço					
Regular	4	12,1	1	25,0	
Bom	21	63,6	3	75,0	0,48
Excelente	8	24,2	-	-	

[&]: Teste Exato de Fisher

Tabela 32- Distribuição por unidade de saúde de enfermeiros quanto a avaliação da satisfação com o trabalho em sua unidade de saúde, com o salário, vínculo empregatício e com o serviço de saúde do seu município em Guarujá S.P.

	USAFA		UBS		Nível de Significância ^{&}
	Nº	%	Nº	%	
Satisfação com o trabalho na sua unidade de Saúde					
ruim	1	3,1	-	-	
regular	4	12,5	2	50,0	0,25
bom	20	62,5	2	50,0	
excelente	7	21,9	-	-	
Satisfação com o salário					
ruim	3	9,1	-	-	
regular	13	39,4	1	25,0	0,76
bom	16	48,5	3	75,0	
excelente	1	3,0	-	-	
Satisfação com o vínculo empregatício					
ruim	1	3,0	-	-	
regular	11	33,3	-	-	
bom	15	45,5	1	33,3	0,25
excelente	6	18,2	2	66,7	
Satisfação com o sistema de serviço de saúde do seu município					
ruim	1	3,0	-	-	
regular	20	60,6	2	50,0	0,83
bom	12	36,4	2	50,0	

[&]: Teste Exato de Fisher

A tabela 33 apresenta a análise descritiva para as variáveis, carga horária semana de trabalho que apresenta maior média para os enfermeiros vinculados a USAFA. Para a quantidade de locais que trabalha fora o vínculo com a unidade de

saúde percebe-se variação somente para os que estão lotados nas USAFAS e que possuem também maior média para a hora de trabalho de todos os vínculos.

A tabela 34 apresenta ainda o número médio de consultas por semana sendo que a USAFA possui maior média para essa variável, ao observar a mediana concentra-se aos profissionais enfermeiros das UBS o maior número de consultas. Quanto à porcentagem de agendamentos de consultas predomina-se a maior média para as UBS trazendo também a informação de maior média para o tempo de vínculo profissional com esse tipo de unidade de saúde.

Tabela 33- Análise descritiva para as variáveis, carga horária semana de trabalho, quantidade de locais que trabalha fora o vínculo com a unidade de saúde, hora de trabalho de todos os vínculos, número médio de consultas por semana e porcentagem de agendamentos de consultas e tempo de vínculo com a unidade de saúde no município de Guarujá S.P.

	Carga Horária Semana I	Locais que trabalha fora da Unidade de Saúde	Hora de trabalho semanal/todos os vínculos	Número médio de consultas por semana na Unidade de Saúde	Porcentagem de agendamentos de consultas na Unidade.	Tempo de vínculo com a unidade de saúde.
USAFA						
Média	40,00	0,27	47,63	128,61	63,96	14,13
Mediana	40,00	0,00	40,00	46,00	70,00	16,00
Desvio Padrão	0,00	0,52	15,29	371,16	24,99	9,09
Máximo	40,00	0,00	40,00	12,00	12,00	1,00
Mínimo	40,00	2,00	88,00	2000,00	95,00	39,00
Percentil 25	40,00	0,00	40,00	30,00	40,00	4,00
50	40,00	0,00	40,00	46,00	70,00	16,00
75	40,00	0,50	40,00	68,75	85,00	21,00
UBS						
Média	37,50	0,00	37,50	58,67	70,00	117,75
Mediana	40,00	0,00	40,00	80,00	80,00	80,00
Desvio Padrão	5,00	0,00	5,00	36,95	17,32	119,90
Mínimo	30,00	0,00	30,00	16,00	50,00	23,00
Máximo	40,00	0,00	40,00	80,00	80,00	288,00
Percentil 25	32,50	0,00	32,50	16,00	50,00	28,75
50	40,00	0,00	40,00	80,00	80,00	80,00
75	40,00	0,00	40,00	80,00	80,00	244,50
Nível de Significância ^{&}	0,435	0,463	0,190	0,681	0,813	0,000

A tabela 34 apresenta a carga horária semanal de trabalho dos enfermeiros, observa-se a prevalência total para a jornada de trabalho de 40 horas para os enfermeiros das USAFAS e em relação a UBS a prevalência maior para esse mesmo tipo de jornada com exceção de um sujeito que esta vinculado a carga horária de 30 horas.

A tabela 35 apresenta a distribuição da quantidade de locais de trabalho fora a unidade de saúde que está vinculado. Para os enfermeiros das UBS, em totalidade, não possuem outros vínculos seguidos de maior prevalência na mesma situação para os profissionais enfermeiros das USAFAS.

Tabela 34- Distribuição da carga horária semanal na unidade de saúde dos profissionais enfermeiros do município de Guarujá S.P.

	USAFA		UBS		Nível de Significância ^{&}
	Nº	%	Nº	%	
30	-	-	1	25,0	0,10
40	33	100,0	3	75,0	

[&]: Teste Exato de Fisher

Tabela 35- Distribuição da quantidade de locais de trabalho fora o vínculo com a unidade de saúde dos profissionais enfermeiros no município de Guarujá S.P.

	USAFA		UBS		Nível de Significância ^{&}
	Nº	%	Nº	%	
0	25	75,8	4	100,0	
1	7	21,2	-	-	0,54
2	1	3,0	-	-	

[&]: Teste Exato de Fisher

A tabela 36 aborda a quantidade de horas trabalhadas durante a semana em relação a todos os vínculos. Predomina-se a jornada de trabalho de 40 horas

semanais com exceção de três sujeitos vinculados a USAFA que alcançam a jornada de 76 horas semanais.

Tabela 36- Distribuição da quantidade de horas de trabalho semanal em todos os vínculos dos profissionais enfermeiros das unidades de saúde do município de Guarujá S.P.

	USAFA		UBS		Nível de Significância ^{&}
	Nº	%	Nº	%	
30	-	-	1	25,0	
40	25	78,1	3	75,0	
60	1	3,1	-	-	0,18
64	1	3,1	-	-	
76	3	9,4	-	-	
84	1	3,1	-	-	
88	1	3,1	-	-	

[&]: Teste Exato de Fisher

A tabela 37 apresenta o número médio de consultas dos profissionais enfermeiros por semana na unidade de saúde, observa uma prevalência maior para a realização média de 30 a 40 consultas aos profissionais vinculados às unidades USAFA e uma média de 80 para os que se vinculam as UBS.

Corroborando a tabela 38 ao expor a porcentagem de consultas agendas nas unidades de saúde que a prevalência maior destina-se nas USAFA para 40%, nas UBS a margem chega a 80%.

Ao avaliar, os profissionais enfermeiros, a relação dada entre o número de consultas agendas por espontâneas, na tabela 39 para as duas unidades analisadas, os profissionais, afirmam que existe uma relação adequada entre consultas agendas e espontâneas.

Tabela 37- Distribuição do número médio de consultas dos enfermeiros por semana nas unidades de saúde do município de Guarujá S.P.

	USAFA		UBS		Nível de Significância ^{&}
	Nº	%	Nº	%	
12	1	3,6	-	-	
16	-	-	1	33,3	
30	7	25,0	-	-	
37	1	3,6	-	-	
40	4	14,3	-	-	
42	1	3,6	-	-	
50	2	7,1	-	-	
55	1	3,6	-	-	0,15
60	3	10,7	-	-	
65	1	3,6	-	-	
70	2	7,1	-	-	
80	2	7,1	2	66,7	
110	1	3,6	-	-	
330	1	3,6	-	-	
2000	1	3,6	-	-	

[&]: Teste Exato de Fisher

Tabela 38- Distribuição da porcentagem das consultas do enfermeiro agendadas nas unidades de saúde no município de Guarujá S.P.

	USAFA		UBS		Nível de Significância ^{&}
	Nº	%	Nº	%	
12	1	3,8	-	-	
16	1	3,8	-	-	
25	1	3,8	-	-	
40	5	19,2	-	-	
50	-	-	1	33,3	
60	3	11,5	-	-	
70	4	15,4	-	-	0,14
75	1	3,8	-	-	
80	3	11,5	2	66,7	
85	2	7,7	-	-	
90	2	7,7	-	-	
95	3	11,5	-	-	

[&]: Teste Exato de Fisher

Tabela 39- Distribuição da avaliação de enfermeiros quanto a relação do número de consultas agendas por espontâneas no município de Guarujá S.P.

	USAFA		UBS		Nível de Significância ^{&}
	Nº	%	Nº	%	
Muitas consultas agendadas para poucas espontâneas	8	25,0	1	25,0	
Poucas consultas agendadas e muitas espontâneas	11	34,4	-	-	0,31
Relação adequada entre consulta agendada e espontânea	13	40,6	3	75,0	

[&]: Teste Exato de Fisher

A última análise para os profissionais enfermeiros apresenta algumas ferramentas importantes para a prática profissional na atenção primária à saúde. Solicitados, os enfermeiros, a uma auto-avaliação sobre a capacidade de desenvolver cinco ferramentas: a abordagem familiar e comunitária, o trabalho multidisciplinar, as atividades de grupo e a visita domiciliária que estão expressas nas tabelas 40, 41, 42, 43 e 44.

Na tabela 40 podemos observar a auto-avaliação de sentir-se capacitado para o desenvolvimento da abordagem familiar. No aspecto de entrevista familiar denota-se a maior prevalência para a avaliação, sempre seguindo essa prevalência para a consulta individual com abordagem familiar e intervenções terapêuticas familiares e, frequentemente, para a capacidade de trabalhar com o genograma/familiograma, dados esses relacionados aos enfermeiros das USAFA. Em relação aos que se vinculam à UBS a maior prevalência para todas as variáveis estudadas são de avaliação frequentemente capacitados.

Tabela 40- Distribuição da avaliação dos profissionais enfermeiros em relação sentir-se capacitado para a abordagem familiar nas unidades de saúde do município de Guarujá S.P.

Sinto-me capacitado em Abordagem Familiar quanto a:	USAFA		UBS		Nível de Significância^{&}
	Nº	%	Nº	%	
Entrevista Familiar					
Ocasionalmente	1	3,1	-	-	
as vezes	5	15,6	-	-	
Frequentente	8	25,0	2	100,0	0,16
Sempre	18	56,3	-	-	
Consulta Individual com Abordagem Familiar					
as vezes	4	12,9	-	-	
Frequentente	6	19,4	2	66,7	0,32
Sempre	20	64,5	1	33,3	
Genograma/ “Familiograma”					
Nunca	4	12,5	-	-	
Ocasionalmente	3	9,4	-	-	
as vezes	7	21,9	-	-	0,77
Frequentente	11	34,4	1	100,0	
Sempre	7	21,9	-	-	
Intervenções Terapêuticas Familiares					
Nunca	1	3,1	-	-	
Ocasionalmente	3	9,4	-	-	
as vezes	7	21,9	-	-	0,72
Frequentente	10	31,3	1	100,0	
Sempre	11	34,4	-	-	

[&]: Teste Exato de Fisher

A Tabela 41 apresenta a avaliação de sentir-se capacitado para a abordagem comunitária. Na variável diagnóstico de saúde da comunidade/indicadores de saúde a maior prevalência, para os profissionais da USAFA, segue a auto-avaliação de frequentemente e sempre estão preparados para essa prática, acontecendo a mesma distribuição para a variável execução das ações comunitárias. Nas mesmas variáveis apresentadas o profissional das UBS afirma que frequentemente.

Em relação às variáveis diagnóstico de demanda da unidade, definição de prioridade, planejamento das intervenções comunitárias e vigilância em saúde, afirmam os profissionais das USAFA em maior prevalência que frequentemente sentem-se capacitados para essas práticas, seguindo a mesma afirmação para os da UBS. Em exceção à avaliação da implementação e do impacto das intervenções que para os profissionais da USAFA, em maior prevalência encontram-se sempre preparados, já os da UBS frequentemente.

Tabela 41- Distribuição da avaliação de sentir-se capacitado dos profissionais enfermeiros referente à abordagem comunitária nas unidades de saúde do município de Guarujá S.P.

Sinto-me capacitado na abordagem comunitária em:	USAFA		UBS		Nível de Significância ^{&}
	Nº	%	Nº	%	
Diagnóstico de saúde da comunidade/indicadores de saúde					
Ocasionalmente	4	12,5	-	-	0,56
as vezes	8	25,0	-	-	
Frequente	10	31,3	1	100,0	
Sempre	10	31,3	-	-	
Diagnóstico de demanda da unidade					
Nunca	1	3,1	-	-	0,71
as vezes	9	28,1	-	-	
Frequente	13	40,6	1	100,0	
Sempre	9	28,1	-	-	
Definição de prioridade					
ocasionalmente	1	3,1	-	-	0,50
as vezes	4	12,5	-	-	
frequente	14	43,8	2	100,0	
sempre	13	40,6	-	-	
Planejamento das intervenções comunitárias					
ocasionalmente	1	3,1	-	-	0,66
as vezes	8	25,0	-	-	
frequente	12	37,5	1	100,0	
sempre	11	34,4	-	-	
Execução das ações comunitárias					
ocasionalmente	1	3,1	-	-	0,61
as vezes	9	28,1	-	-	
frequente	11	34,4	1	100,0	
sempre	11	34,4	-	-	
Avaliação da Implementação e do impacto das intervenções					
ocasionalmente	3	9,4	-	-	0,50
as vezes	9	28,1	-	-	
frequente	9	28,1	2	100,0	
sempre	11	34,4	-	-	
Vigilância em Saúde					
ocasionalmente	3	9,4	-	-	0,50
as vezes	7	21,9	-	-	
frequente	14	43,8	2	100,0	
sempre	8	25,0	-	-	

[&]: Teste Exato de Fisher

A Tabela 42 apresenta a auto-avaliação dos profissionais enfermeiros em relação sentir-se capacitado para o trabalho multiprofissional. Afirmam em maior prevalência para os profissionais da USAFA que sempre sentem-se capacitados para o trabalho multiprofissional para com médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos e auxiliares de consultório dentário, agentes comunitários de saúde e administrativo. Ao observar os profissionais das UBS a maior prevalência se dá para com os médicos, cirurgiões dentistas e auxiliares de consultório dentário, em relação às outras variáveis, enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem, agentes comunitários e administrativos, apresentam a distribuição igual de maior prevalência para as variáveis frequentemente e sempre.

Tabela 42- Apresenta a distribuição dos profissionais enfermeiros em relação a auto avaliação de sentir-se capacitado para o desempenho do trabalho multiprofissional nas unidades de saúde no município de Guarujá S.P.

Sinto-me capacitado em Trabalho Multidisciplinar com:	USAFA		UBS		Nível de Significância^{&}
	Nº	%	Nº	%	
com Médico					
as vezes	-	-	1	25,0	0,01*
frequentemente	9	33,3	2	50,0	
Sempre	18	66,7	1	25,0	
com Enfermeiro					
as vezes	1	3,4	-	-	0,52
frequentemente	5	17,2	1	50,0	
Sempre	23	79,3	1	50,0	
com Técnicos e Auxiliares de Enfermagem					
frequentemente	6	22,2	2	50,0	0,26
Sempre	21	77,8	2	50,0	
com Cirurgiões Dentistas					
as vezes	1	3,7	1	25,0	0,12
Frequentemente	7	25,9	2	50,0	
Sempre	19	70,4	1	25,0	
com Técnicos de higiene dental					
Ocasionalmente	1	3,8	-	-	0,90
as vezes	1	3,8	-	-	
frequentemente	7	26,9	1	50,0	
Sempre	17	65,4	1	50,0	
com Auxiliares de consultório dentário					
Nunca	2	7,4	-	-	0,42
as vezes	1	3,7	-	-	
frequentemente	6	22,2	2	66,7	
Sempre	18	66,7	1	33,3	
com Agentes Comunitários de Saúde					
frequentemente	5	18,5	1	50,0	0,38
Sempre	22	81,5	1	50,0	
com Administrativo					
frequentemente	7	25,9	1	50,0	0,48
Sempre	20	74,1	1	50,0	

[&]: Teste Exato de Fisher

A Tabela 43 apresenta a auto avaliação dos enfermeiros em relação a sentir-se capacitado para a elaboração de atividades de grupo. Aos que fazem parte da

USAFA a maior prevalência para a variável metodologia é de frequentemente sentirem-se capacitados, segue a auto avaliação para o planejamento, desenvolvimento e avaliação de sempre estarem preparados.

Em relação aos profissionais das UBS a distribuição de maior prevalência é igual para as variáveis planejamento, desenvolvimento e avaliação de às vezes e frequentemente estarem capacitados para essa prática. Para a variável metodologia a distribuição em maior prevalência é igual para ocasionalmente e frequentemente.

Tabela 43- Distribuição da auto avaliação dos profissionais enfermeiros em sentir-se capacitado para a atividade de grupo no município de Guarujá S.P.

Sinto-me capacitado na Atividade de Grupo quanto:					Nível de Significância ^{&}
	USAFA		UBS		
	Nº	%	Nº	%	
Metodologia					
ocasionalmente	-	-	1	50,0	
as vezes	4	13,8	-	-	0,001*
frequentemente	15	51,7	1	50,0	
Sempre	10	34,5	-	-	
Planejamento					
ocasionalmente	1	3,4	-	-	
as vezes	2	6,9	1	50,0	0,19
frequentemente	11	37,9	1	50,0	
Sempre	15	51,7	-	-	
Desenvolvido					
ocasionalmente	1	3,4	-	-	
as vezes	2	6,9	1	50,0	
frequentemente	11	37,9	1	50,0	0,19
Sempre	15	51,7	-	-	
Avaliação					
ocasionalmente	1	3,4	-	-	
as vezes	2	6,9	1	50,0	0,18
frequentemente	10	34,5	1	50,0	
Sempre	16	55,2	-	-	

[&]: Teste Exato de Fisher

A tabela 44 apresenta a auto avaliação dos profissionais enfermeiros em relação a sentir-se capacitado para a visita domiciliar. Nota-se em relação as variáveis analisadas quanto ao planejamento, priorização, consulta domiciliar e desenvolvimento de programa multidisciplinar de acompanhamento domiciliar os

profissionais sempre, em maior prevalência, afirmam sentir-se capacitados para essas práticas.

Em relação aos profissionais da UBS somente obtivemos respostas quanto a consulta domiciliária, participação de um sujeito que afirma sempre estar capacitado para essa prática.

Tabela 44- Distribuição da auto avaliação dos profissionais enfermeiros em relação a sentir-se capacitado para a visita domiciliária nas unidades de saúde no município de Guarujá S.P.

Sinto-me capacitado na Visita Domiciliária quanto:	Enfermeiro				Nível de Significância ^{&}
	USAFA		UBS		
	Nº	%	Nº	%	
Planejamento					
as vezes	3	10,0	-	-	
Frequentemente	3	10,0	-	-	
Sempre	24	80,0	-	-	
Priorização					
Frequentemente	4	13,3	-	-	
Sempre	26	86,7	-	-	
Consulta Domiciliar					
as vezes	1	3,3	-	-	
Frequentemente	6	20,0	-	-	0,86
Sempre	23	76,7	1	100,0	
Desenvolvimento de Programa multidisciplinar de acompanhamento domiciliar					
Nunca	1	3,3	-	-	
as vezes	2	6,7	-	-	
Frequentemente	8	26,7	-	-	
Sempre	19	63,3	-	-	

[&]: Teste Exato de Fisher

5 DISCUSSÃO

5.1 CONCEITOS NO TERRITÓRIO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS) E UNIDADES SAÚDE DA FAMÍLIA (USAFA).

Vieira, et. al. (2004) comentma que no início da década de 1990, com a implantação do SUS, a atenção básica tinha referência as UBS – Unidades Básicas de Saúde. Essas formaram a nova estratégia de atenção primária, mesmo que não estivessem estruturadas em relação aos recursos físicos, materiais e humanos. Nem todos os profissionais estavam capacitados e a população sem entender a nova proposta de organização.

A Política Nacional de Atenção Básica aprovada e publicada, através da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, estabelece a revisão de normas e diretrizes para a organização da Atenção Básica no Brasil, inclui em texto o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) dando estrutura teórica para a condução do modelo de atenção e reorganização das ações de saúde. Essa portaria, revogada pela Portaria 2.488/GM, de 21 de Outubro de 2011, revisa as normas e diretrizes para a organização da Atenção Básica e estabelece parâmetros de trabalho dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF), no lugar do PSF, explicando as atribuições profissionais e de incentivando, a criação de redes de comunicação entre equipes multidisciplinares e interdisciplinares. Equivale o termo Atenção Básica a Atenção Primária à Saúde, eixo dialogado por muitos autores sobre as distinções dessa nomenclatura, citamos Elias, et. al. (2006), Gil (2006), Melo (2009).

Nesse cenário, percebe-se que apesar das diretrizes dadas pela Política Nacional de Atenção Básica, ainda coexistem a mistura de unidades no caso UBS

com modelos tradicionais de trabalho e as ESF. O município estudado, Guarujá S.P. possui a mescla de atenção à saúde no nível primário pelos dois tipos de unidades para o mesmo território, as UBS, chamadas então de modelos tradicionais, e Unidades Saúde da Família (USAFA), proposta elaborada nos princípios da Estratégia Saúde da Família (ESF). Afirmam os autores Vieira, et. al. (2004) que a população acaba recorrendo ao modelo de UBS nos momentos de urgência e para fins medicamentosos exclusivamente, situação denominada demanda livre reprimida.

No texto aparecerão as duas nomenclaturas para o nível de atenção estudado, Atenção Básica e Atenção Primária, respeitando os critérios que os autores comparados utilizaram em seus estudos. Para as unidades de saúde a mesma situação para as Unidades Saúde da Família, que no território brasileiro apresentam-se várias nomenclaturas, Unidade Estratégia Saúde da Família (UESF), Estratégia Saúde da Família (ESF), Unidade Saúde da Família (USF), Unidade Saúde da Família (USAFA) entre outros, porém, todas com os mesmos princípios da APS.

A nova estratégia, a Saúde da Família, propõe práticas pautadas nos princípios expostos por Starfield (2002), acesso, porta de entrada, vínculo, integralidade, coordenação, enfoque familiar, orientações para a comunidade e a formação profissional trabalhados nos textos de Almeida, et. al. (1995); Ibñez, et. al. (2006). Vieira, et. al. (2004) apontam que uma das novas práticas são as visitas domiciliares, a responsabilização e vínculo para a co-responsabilidade da promoção da saúde.

Stralen et. al. (2008) comentam que estudos internacionais têm evidenciado que a APS conduz impacto positivo para os indicadores de saúde, pela garantia da qualidade global da atenção nas ações preventivas que impactam nos problemas previsíveis e originam redução de gastos aos orçamentos públicos, além de universalizar o acesso aos serviços e reduzir cuidados desnecessários de atenção especializada, traduzindo um cuidado mais específico às necessidades do indivíduo, família e comunidade.

Os autores corroboram falando do cenário do país Brasil. Pesquisas apontam para a mesma direção dos cenários internacionais, sendo a Saúde da Família a proposta para essa organização, como apontam os estudos iniciais de impacto de Macinko, Guanais, Souza (2006); Bezerra (2006), Ibañez, et. al. (2006); Facchini, et. al. (2006); Stralen, et. al. (2008), Rodrigues, Anderson (2011).

Cabe conceber que um modelo assistencial, Campos (1997), Paim (2002), Pires, et. al. (2012), constitui de diálogos entre a parte técnica e política orientada por diretrizes políticas e sanitárias. Peduzzi (1998) faz uma explanação a partir da interface entre o trabalho e interação com a equipe profissional frente à transição de modelos assistenciais em saúde. Pires, et. al. (2012) afirmam que esses dois modelos assistenciais, UBS e ESF, traduzem inicialmente o modelo biomédico (UBS) e a forma inovadora (ESF).

Compreende-se que um território que divide a atenção para esses dois modelos assistenciais, pode se fragilizar no aspecto organizacional e no controle dos indicadores. Há de se estruturar um diálogo principalmente do quadro de recursos humanos dentro das unidades - a UBS por possuir determinadas especialidades médicas, não encontradas na ESF por possuir um quadro médico generalista - pode

gerar na comunidade uma satisfação na assistência da UBS por em ser atendido com maior rapidez por um especialista, além de outros indicadores apontados por Vieira, et. al. (2004).

Salientamos que a porta de entrada é uma das questões a serem discutidas, as demandas de saúde na UBS estão abertas a todo o território, respeitando os princípios do SUS e da APS, porém, mesmo que a ESF trabalhe com os princípios os casos são resolvidos no processo de territorialização, conceito exposto no estudo de Pereira, Barcellos (2006), salvo o caso de urgência ou emergência que deve ser assistido em primeiro momento no que compete ao nível e após o encaminhamento para locais destinados àquela necessidade.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 2008 apontou que as UBS, postos ou centros de saúde, são procurados com maior frequência por indicarem ter uma fonte regular de cuidados. Perpassa para a organização do sistema de saúde do município a necessidade de gerar estratégias capazes de acompanhar e minimizar os possíveis eventos e conflitos na estrutura interna e externa do serviço e da comunidade.

Ronzani, Silva, (2008), Pires, Göttems (2009) afirmam que desde a criação do PSF, e transformação em ESF - já caracteriza uma ambivalência entre mudança e conservadorismo, fruto histórico das políticas e modelos de atenção – esse, o PSF, tem se estendido por todo o território nacional, em consequência de investimentos e incentivos aos gestores dentro de uma política de descentralização no contexto neoliberal. O acesso à saúde estendido a comunidade não implica, entretanto necessariamente, numa alteração real das tradicionais formas de atenção a saúde.

Uma das especificidades que chamam atenção se diz respeito à atuação dos profissionais, que além da capacidade técnica necessitam como comenta Rozani, Silva (2008) identificar o trabalho na APS como proposta de trabalho que, muitas das vezes, demanda criatividade, iniciativa e vocação para as demandas comunitárias e de grupos.

Como citado anteriormente o município consta de dois tipos de estruturas para atender a APS, a primeira a UBS é administrada diretamente pela Secretaria de Saúde, através da coordenação de Atenção Básica, e a outra, a Saúde da Família foi entregue a uma administração indireta de equipamentos e serviços públicos, delegada à Organização Social de Saúde (OSS) através do Contrato de Gestão da função administrativa.

Sobre esse modelo, administração indireta de equipamentos e serviços públicos, Campos, Malik (2008) comentam que para o estado de São Paulo a Secretaria de Estado de Saúde inicia essa modalidade em 1996 na forma de convênio com entidades filantrópicas ligadas a prestação de serviços na área da saúde – fundações e organizações sociais, na justificativa de que o gerenciamento nessa modalidade possibilitaria maior agilidade gerencial e administrativa do programa.

Cabe salientar que durante esse processo, ano de 2001, ocorre um impulso na municipalização do sistema de saúde, caminho esse no estado de São Paulo que ganhou força para a privatização do setor público (CAMPOS, MALIK, 2008).

É diante desse cenário exposto, que a presente pesquisa visou à caracterização dos profissionais que estão atuando nas unidades de saúde pertencentes ao nível primário de atenção à saúde, Unidade Saúde da Família e

Unidade Básica de Saúde, através de um questionário estruturado disponibilizado à amostra de médicos e enfermeiros.

Em Guarujá, cada equipes das unidades é composta na Saúde da Família por equipe multiprofissional, médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, administrativos, odontólogos e técnicos de higiene bucal, farmacêuticos, já nas Unidades Básicas de Saúde distribuem-se em médicos especialistas nas áreas de ginecologia/obstetrícia, pediatria e clínico geral, enfermeiro, técnico de enfermagem, algumas unidades apresentam odontólogos e equipe, administrativo. Consta conformidade com as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde na Portaria Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011.

Ao comparar os profissionais médicos e enfermeiros à faixa etária média dos profissionais médicos das USAFA foi de aproximadamente 35 anos, para os da UBS a média foi de 49 anos. Em relação aos profissionais enfermeiros das USAFA a média foi de aproximadamente 35 anos, para as UBS a média foi de aproximadamente 40 anos. Predomina-se o sexo feminino entre os profissionais nos dois tipos de unidade. Denominam-se em maior prevalência de cor branca para ambas as unidades. Em relação ao estado civil prevalece solteiro para a categoria médico e casado/união estável para os enfermeiros.

Em análise posterior comparou os profissionais médicos em seus respectivos vínculos, USAFA e UBS. Tem-se nessa sequência que médicos possuem prevalência do sexo masculino, branco, solteiro, não possuem filhos para as USAFA. Na UBS destaca-se em maior prevalência médicos do sexo masculino, branco, distribuídos de forma equânime para solteiro, casado/união estável e com filhos.

Com relação aos enfermeiros da USAFA predomina o sexo feminino, denominam-se de cor amarela, casado/união estável e com filhos. Nas UBS todas são do sexo feminino, com maior prevalência para a denominação de cor amarela, solteira, e distribuição igual para possuir filhos ou não.

Araújo, Oliveira (2009) afirmam que o quadro da enfermagem representa mais de 80% do efetivo que atua nos programas assistência de saúde pública.

5.2A FORMAÇÃO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS ATUANTES NA APS NO MUNICÍPIO DE GUARUJÁ.

Cotta, et. al. (2006) destaca que a formação e educação dos profissionais devem conduzir para a abordagem ao processo saúde-doença. Corrobora Franco, Merhy (2000), Nascimento, Oliveira (2010) que as condições necessárias para essa proposta acontecer pautam-se descritas na Lei 9.394. de 20 de Dezembro de 1996 - Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) do Ministério de Educação e Cultura (MEC) e em atos normativos de pareceres dados pelo Conselho Nacional de Educação (CNE).

A formação profissional pressupõe que a “atenção básica seja uma área de especialização, que solicita formação específica. Requer que os profissionais de saúde sejam capacitados para desempenhar suas funções segundo os princípios desse nível de atenção” (IBAÑEZ, ET. AL. 2006. p. 688).

Na pesquisa realizada em Guarujá depara-se com médicos advindos em maior prevalência de instituições públicas e enfermeiros de instituições privadas. Cenário diferenciado por Moretti-Pires, Campos (2010) apresenta em sua pesquisa a formação em instituições públicas para todos os profissionais, médicos e enfermeiros.

Os profissionais, médicos e enfermeiros, no município de Guarujá tiveram em maior prevalência menor que cinco anos para o intervalo de formação quando analisados juntos. Em análise dos médicos os profissionais da USAFA em maior prevalência tiveram intervalo menor de quatro anos, e das UBS maiores de vinte e nove anos. Para os enfermeiros da USAFA o intervalo de formação expressou menor de quatro anos, já na UBS maiores de oito anos.

Em relação à área de especialização dos profissionais médicos predominam estudos de educação continuada na área de Medicina do Trabalho e Clínica Médica, enquanto enfermeiros distribuem em maior prevalência para a área de Saúde Pública/Saúde da Família.

Cotta, et. al. (2006) ao estudar médicos da saúde da família, apresentam que 75% possuem especialidades, porém não todos com o enfoque especializado para o trabalho na APS, em relação aos enfermeiros a distribuição acontece igualmente para as áreas de Administração em Serviços de Saúde, Nutrição e Saúde e Segurança do Trabalho.

Tomasi, et. al. (2008) apresentam que 37% dos seus profissionais possuíam especialização, Campos, Malik (2008) relatam que 58,6% dos médicos possuíam especialização e 36,8% possuíam residência médica, mas que grande parte da educação continuada dos profissionais não abrangia à área saúde da família. Contribui Oliveira, Albuquerque (2008) que 61,54% da amostra de profissionais possuíam especialização ou residência médica, principalmente nas áreas de Medicina Preventiva e Social, Saúde Coletiva e PSF, contudo os autores ressaltam que a busca por cursos de pós-graduação deram-se após a entrada no programa.

Lopes, Marcon (2012) expõem em pesquisa que somente 27,27% dos profissionais médicos e enfermeiros possuíam especialização na área Saúde da Família. Na pesquisa de Loch-Neckel, et. al. (2009) somente 20% não possuíam especialização, demanda a mesma consideração, de Campos, Malik, de não abrangerem a área da saúde da família.

O estudo no município de Guarujá apresentou uma distribuição de várias especializações. Mesmo enfermeiros tendo proporcionado maior prevalência para a área de Saúde Pública/Saúde da Família, se for somada as outras áreas de especialização pontuadas, transcorrem fora de área comentada nessa pesquisa.

Fernandes, Soares, Silva (2008), Silva, Silva, Bousso (2010), Moretti-Pires, Campos (2010) apontam uma crítica à formação de profissionais que não expressam o perfil para o trabalho na área da saúde coletiva. Ronzani, Silva, et. al. (2008). Matumoto, et. al. (2011) relatam que os profissionais em seu estudo, tiveram a formação voltada essencialmente para a área hospitalar, alguns desses pensam em cursar especializações, porém não com foco na saúde da família e sim nas demais áreas especializadas. Corroboram Lopes, Marcon (2012) que a maioria referiu não ter tido, durante a formação qualquer experiência no trabalho com família, tendo maior contato com essa abordagem quando se vincularam como membros da equipe ou em aulas isoladas, estágios e projetos de extensão.

Borges, Dohn (2006), Campos, Malik (2008), Fernandes, Soares, Silva (2008), Demeneck (2008), Borges, Oliveira (2011), Almeida, Fausto, Giovanella (2011) afirmam que a falta de médico para atuação nos programas se dá por conta do perfil inadequado para atuação, corrobora Demeneck (2006), Gomes, et, al (2011), Almeida, Fausto, Giovanella (2011) que o olhar ainda está associado à

concepção biomédica, gerando dificuldades para implementação do modelo centrado na família. Campos, Malik (2008) comentam que na pesquisa médicos sentiram-se pouco capacitados para exercer suas funções. Sant'Ana (2000) justifica o fato de que o profissional que atua na linha de frente está distante das considerações teóricas, contribui Kakehashi, Silva (2001) a necessidade de uma revisão de postura e inclusive reflexão sobre o conceito de conhecimento.

Harzheim, Vicente, Pitz (2009) explicam que somente em 2002 a Medicina de Família e Comunidade foi reconhecida como especialização médica. Salientam que se o país adotou a APS como forma de reorganização dos seus serviços, há necessidade de forte regulação do gestor federal para a formação de profissionais como visto no modelo europeu que se organizou em torno da APS e conseqüentemente na gestão aumentou o número de residências nas unidades de saúde pertencentes a esse nível e estruturou a formação profissional para essa dimensão.

Loch-Neckel, et. al. (2009), Moretti-Pires, Campos (2010) fazem uma crítica na graduação em saúde por não conduzirem com ênfase necessária os currículos para uma abordagem interdisciplinar. O estudo de Moretti-Pires e Campos reforçam em análise das falas dos profissionais critérios de formação ambivalente nos currículos de medicina e enfermagem. Os autores expõem que no Brasil, a crescente demanda por capacitação em saúde da família proporcionou para a área de especialização a construção de caráter multiprofissional, atribui a esses cursos "locus" de experiência importante para a prática interdisciplinar. Apontam o incentivo do MS na abertura de espaços de qualificação para essa área, justamente pela identificação da fragmentação profissional na formação.

Salientamos que o monitoramento da expansão dessas qualificações deve ser feita pelas organizações que representam a formação profissional para o Sistema Único de Saúde, dado o impacto que essa proposta tende a fazer na transformação da prática.

Fadel, et. al. (2008) admitem que um dos grandes entraves do PSF refere-se à questão dos RHs, complementamos que esse cenário também diz respeito ao próprio Sistema de Saúde como um todo. Os autores fazem o discurso que carece com urgência de uma forte atuação no nível pessoal.

Cotta, et. al. (2006), Oliveira, Spiri (2006), Oliveira, Marcon (2007), Lopes, Marcon (2012) apontam a falta de qualificação profissional, dificuldade de trabalhar em equipe, dificuldades estruturais e falta de profissionais na equipe como entraves para a concretização do modelo de atenção.

Nascimento, et al. (2011), Matumoto, et. al. (2011), Lopes, Marcon (2012) expressam a grande dificuldade dos profissionais trabalharem com o atendimento à família, enfatizando o atendimento individual. Facchini, et. al. (2006); Fadel, et. al. (2008) apontam para o avanço do desempenho de trabalhadores nas unidades de saúde do nível primário há necessidade de investimento para o desenvolvimento de programas de capacitação profissional.

Pierantoni, Varella e França (2004) apresentam quatro grandes objetivos analisando as agendas internacionais que diversificam os esforços a superar os desafios de RH na área da saúde.

- Aumentar a cobertura e fixação das equipes profissionais para assegurar a prestação de serviços de saúde de forma adequada equitativa;
- Garantir competência e habilidade chaves para a força de trabalho em saúde;

- Aumentar o desempenho da equipe de profissionais diante dos objetivos definidos;
- Fortalecer a capacidade de planejamento e gerenciamento de RH no setor saúde (PIERANTONI, VARELLA E FRANÇA, 2004. p.55).

Mercer, et. al. (2003) apresentam as inter-relações entre os diversos aspectos envolvidos no espaço de recursos humanos em saúde. Assinalam a intersectorialidade e a complexidade das ações como estratégias políticas de recursos humanos para gestores raciocinarem na educação permanente em saúde.

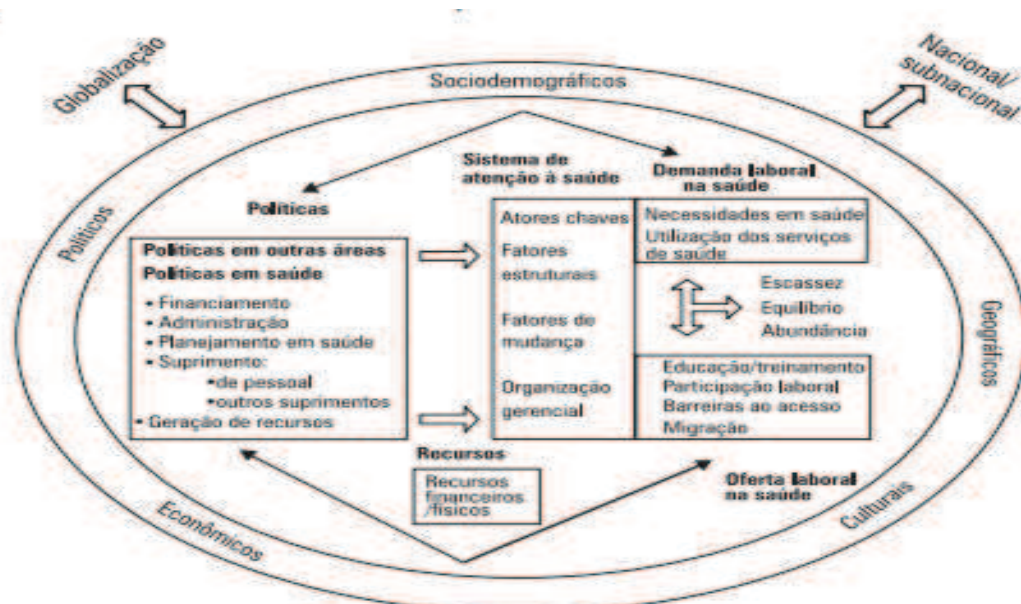


Figura 8- Recursos humanos em saúde. Fonte: Mercer, et. al. (2003) *apud* Pierantoni, Varella e França (2004)

Soluções propostas por Pierantoni, Varella e França (2004) envolvem formulações de mecanismo de gestão na perspectiva da construção social de novos pactos entre usuários, profissionais e gestores, dentro de uma política de fortalecimento dos direitos sociais do profissional da saúde, tanto no setor público como no privado, complementa Pierantoni, Varella e França (2004), Matumoto, et. al. (2011) que uma reflexão do profissional para a clínica ampliada - ferramenta essa que propõe o processo de trabalho voltado para a produção do cuidado na dimensão

coletiva – amplia o objeto de atenção, os meios e as finalidades trazendo estratégias de solução no âmbito da Educação Permanente em Saúde para a qualificação reflexiva do processo de trabalho.

Campos, et. al (2001) proporciona eixos de orientação teórica, abordagem pedagógica e cenário de práticas como desenho de caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da Atenção Básica. Tamaki, et. al. (2010) corrobora com a experiência de processos de ensino-aprendizagem-trabalho a nível estadual do SUS. Nascimento, Oliveira (2010), Rodrigues, et. al (2012) expõem a experiência das residências multiprofissional em saúde da família e os processos de interação ensino, serviço e comunidade frente ao trabalho do PET-Saúde. Exemplos trabalhados no estudo de Hubner, Franco (2010), Romanholi, Cyrino (2011) investem a mudança na formação médica nos princípios da medicina de família e comunidade narrado por Campos (2005), desconstruindo imagens estereotipadas de que a visita domiciliária médica e o campo da APS é coisa para leigo, além da rica contextualização histórica que Souza, Hamann (2009) faz sobre a política de capacitação, formação e educação permanente para o pessoal do PSF.

O cenário de investimento para a transformação das práticas em saúde na APS não estão sendo escassos, mas, manifestam a necessidade e o incentivo do Ministério da Saúde para a reorganização do sistema de saúde a partir dos recursos humanos.

Diante de toda a discussão exposta e da reflexão dada na formação, o estudo de Moretti-Pires (2009) salienta para uma crítica ainda na formação desses profissionais, vale-se a pesquisa de alunos de graduação em medicina e enfermagem. Em análise do discurso das falas dos sujeitos aponta-se ainda a

focalização na equipe médica e o desconhecimento das práticas de interação de equipe e processo de trabalho na APS.

Comentam Campos, Malik (2008) que países desenvolvidos têm recrutado profissionais para atuar em serviços de saúde, oferecendo melhores condições de trabalho e salários. No caso do Brasil, não sendo ainda um país desenvolvido, o ano de 2013 foi marcado por uma política de abertura para recrutamento de profissionais médicos. A Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, institui o Programa Mais Médicos, proposta de convocação de médicos para atuar na atenção básica principalmente em município com maior grau de vulnerabilidade social e nos Distritos Especiais Indígenas, na tentativa de garantir ao Brasil mais saúde e acesso aos serviços.

Uma pequena amostra de profissionais médicos desse estudo no município de Guarujá é representada por 5 (20,8%) que integram o Programa Mais Médicos. Comentam Kline (2003), Bucham, Sochalski (2004), Campos, Mailik (2008) que esses acelerados níveis de migração indicam, tanto para o país que cede seu profissional quanto para o recebe, uma existência de problemas internos no processo organizacional dos serviços de saúde.

Quando abordado os profissionais médicos sobre o curso de capacitação de treinamento introdutório, no estudo de Guarujá, para os médicos que atuam nas USAFA a maior frequência afirma não terem realizado essa modalidade de treinamento, totalizando 10 (58,8%), nas UBS nenhum profissional passou por essa capacitação. Para os enfermeiros, nas duas unidades analisadas a maior prevalência para USAFA é de não participar desse módulo de capacitação e nas UBS apresentam o cenário já exposto para o profissional médico.

Fadel, et. al. (2008) comenta em pesquisa com profissionais de saúde da família que a participação em cursos de treinamento introdutório para a prática nesse nível mensurou 50% do universo envolvido. Na pesquisa de Campos, Malik (2008) 84,6 % dos profissionais médicos tiveram capacitação básica para o trabalho. Cotta, et. al. (2006), Moretti- Pires, Campos (2010) comentam que nenhum dos profissionais, médicos e enfermeiros, receberam qualquer tipo de treinamento ou capacitação. Lopes, Marcon (2012) apresentam que a maior parte dos profissionais em seu estudo tiveram participação em cursos de atuação para área.

Oliveira, Spiri (2006), Lopes, Marcon (2012) obtêm uma reflexão de que o curto espaço destinado para essa modalidade de treinamento pode ser pouco suficiente para transformar a prática do profissional e transporta a responsabilidade para o conceito de educação permanente nos serviços.

No estudo de Ronzani, Silva (2008) os gestores do sistema de saúde consideram como uma de suas atribuições darem suporte para o oferecimento de treinamentos às equipes. Corrobora Campos, Malik (2008) que o Ministério da Saúde tem intensificado a partir da discussão da educação permanente dos profissionais um diálogo próximo da gestão a fim de operacionalizar a práticas de interação do ensino para o serviço. No mesmo estudo, Campos, Malik apontam que quanto mais os profissionais se sentem capacitados para exercer suas atividades, menor o grau de rotatividade, por conseguinte maior facilidade para a fixação prática dos princípios da APS.

Almeida, Fausto, Giovanella (2011) comentam que a capacitação dos profissionais é considera como um eixo estratégico para o aumento da resolutividade e qualificação da APS. Explana Rico, Saltmam (2002) que o olhar

para a formação e a criação de espaços para a capacitação contribuem para aumentar o status e a reputação dos profissionais da APS.

Um dilema passar a existir quando o serviço é entregue à terceirização, mesmo que por leis as organizações que exercem a função pública deva garantir os princípios do Sistema Único de Saúde, as competências de cursos introdutórios e capacitações gerais estão diretamente relacionadas aos departamentos de educação das secretarias de estado e município por isso, a relação de proximidade do acompanhamento da assistência prestada deve ser do órgão público contratante.

No município de Guarujá, em relação à coordenação e responsabilidade técnica, a análise demonstra que nenhum profissional médico a assume. Os enfermeiros assumem as unidades no âmbito da coordenação como apresenta a tabela 30, sendo que somente um enfermeiro da UBS julga não ser responsável técnico.

5.3 ATUAÇÃO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS NA APS NO MUNICÍPIO DE GUARUJÁ, TEMPO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL COM O NÍVEL DE ATENÇÃO E TEMPO DE TRABALHO NO MUNICÍPIO.

Para a análise do tempo de atuação no município os médicos das USAFA do Guarujá atuam em média aproximadamente de dois anos, já os da UBS há doze anos. Para os enfermeiros da USAFA a média é de aproximadamente um ano e cinco meses, em relação aos da UBS perpassam aproximadamente em média quatorze anos.

Para o grupo de médicos a média do tempo de experiência profissional com o nível de atenção primária à Saúde na USAFA foi de aproximadamente sete anos, na

UBS de aproximadamente vinte e sete anos. Para os enfermeiros a média foi de aproximadamente dois anos para USAFA e doze anos para os das UBS.

Os dois indicadores trabalhados, tempo no município e tempo de experiência profissional, apontam a expansão Saúde da Família no município como investimento local recente na ampliação do acesso a partir da atenção primária. Revela uma amostra para essas unidades, Saúde da Família, de profissionais novos que relatam pouca experiência com o nível de atenção e vínculo com o município.

Fadel, et. al. (2008) ao analisar o tempo de vínculo dos profissionais na saúde da família, relatam que 94,8% trabalhavam há mais de três anos, sendo que 67,9% nunca haviam trabalhado anteriormente em serviços públicos. Loch-Neckel, et. al. (2009) apresentam que 26,6% estavam a menos de seis meses na saúde da família, 46,8% há um a dois anos e 26,6% de três a cinco anos.

Na pesquisa de Moretti-Pires, Campos (2010) o cenário profissional configura aproximadamente dois anos de vínculo. Lopes, Marcon (2012) em pesquisa expõem que os profissionais em maior frequência possuem menos de cinco anos, já para os trabalhadores que integram as UBS, esses, possuem vínculo há mais de dez anos. Tomasi, et. al. (2008) expõe que a maioria dos trabalhadores estava vinculada às UBS há mais de dois anos, sendo que o tempo de trabalho e experiência na UBS perpassam uma média maior que no PSF.

Campos, Malik (2008) apresentam que em alguns panoramas brasileiros a contratação de muitos médicos para esse nível se dá por recém-formados, que após curto período saem para cursar residência, por desempregados ou aposentados, esses com um perfil de difícil adaptação ao trabalho. Motivos que potencializam a alta rotatividade e, conseqüentemente, ferir princípios que a APS propõe.

Os autores citados acima exibem a necessidade de gestores municipais tornarem o programa atraente para os profissionais médicos, o que causou para os municípios estabelecer e fixar novos modelos de trabalho com diferencial de carga horária, além de melhorias salariais e capacitação para os profissionais.

O tempo de experiência com a saúde da família e a pouca integração com a organização do sistema local de saúde expresso pelo tempo de vínculo com o município indicam um giro de profissionais entre outros municípios e a não fixação deste em determinados territórios. (CAMPOS, MAILIK, 2008).

5.4 SATISFAÇÃO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS EM RELAÇÃO AO APOIO PRESTADO PELO COORDENADOR DO SERVIÇO DE SAÚDE, PELO RELACIONAMENTO ENTRE MEMBROS DA SUA EQUIPE DE SAÚDE E O RELACIONAMENTO ENTRE COMUNIDADE E O SERVIÇO DE SAÚDE.

Marx (1982) considera o processo de trabalho em três dimensões: a primeira diz respeito à finalidade a que o trabalho é proposto, a segunda ao objeto que será transformado e em última os instrumentos que auxiliaram nessa transformação. Como o trabalho é um processo, já evidenciado por Marx, o ser humano através de suas ações pode impulsionar, regular e controlar a troca de material com o meio, dado do conceito que ele, Marx aborda de trabalho.

Um processo de que participa o homem e a natureza, processo em que o ser humano com a sua própria ação, impulsiona, regula, controla seu intercambio material com a natureza... Ele não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade (MARX, 1974, p.202).

A finalidade do trabalho em saúde é a ação terapêutica de saúde tanto no objeto de ação cuidar como de educar (PIRES, 2008, 2009) capazes de traduzir orientações de condutas, maneiras de organização e de saberes para a realização do trabalho.

Para Martinez, Paraguay (2003), Vieira, et. al. (2004) Gonçalves (2010) a satisfação é um conceito complexo e subjetivo. Vieira, et. al. (2004) relaciona-a com vários fatores, destacam-se a expectativa, valores, problemas encontrados, poder de resolutividade, comprometimento e compromisso, salário, segurança no emprego suscitando para a análise várias percepções.

Martinez, Paraguay (2003) abordam que a definição depende do referencial teórico adotado, traduzidas desde os fatores externos (salário e condições de trabalho) à concepção que contemplam a subjetividade do trabalhador.

Há possibilidades de estruturar pensamentos, suposições, para reflexões posteriores a partir dos dados obtidos nessa pesquisa no Guarujá. Se pensarmos de que modo esses dois modelos assistenciais influenciam na satisfação de profissionais médicos e enfermeiros?

O caminho abordado de satisfação nessa pesquisa evidenciou a relação do trabalho harmônica aos fatores externos, exposto por Martinez, Paraguay (2003). Os autores abordam a satisfação na relação das condições de trabalho principalmente no que diz respeito à comunicação na equipe de trabalho e com o sistema de saúde.

Sobre a abordagem de motivação e valorização profissional o reconhecimento por parte de gestão expressadas na remuneração salarial e segurança com o vínculo empregatício são capazes de apresentar um estado emocional de

valorização, por conseguinte, satisfação desses profissionais como registrado nas pesquisas de Carlotto, Câmara (2008), Melo, Barbosa, Souza (2011).

Para a análise de satisfação dos profissionais no Guarujá, em relação ao apoio prestado pelo coordenador da unidade, e caso esse fosse o coordenador necessitaria fazer menção à satisfação para com a coordenação de Atenção Básica, os médicos das USAFAS em maior prevalência julgam o nível de satisfação em bom, seguindo o mesmo para as UBS. Em relação aos enfermeiros das USAFA o nível é bom, diferente dos que estão nas UBS que julgam regular.

Cabe expor para análise que os enfermeiros em sua maioria, na saúde da família, possuem como coordenador os próprios enfermeiros que fazem parte da equipe na unidade, estreita-se a relação de comunicação, diferente dos enfermeiros das UBS que são únicos na unidade e são os responsáveis técnicos e esses reportaram a gestão da atenção.

Facchini et. al. (2006) apresentam que as dificuldades de comunicação com a coordenação da Atenção Básica e a coordenação das unidades nas unidades inibem o funcionamento da rede de serviço. Borges, Dohn (2006) conduzem a comunicação como denominador comum para o trabalho, necessário para que se estabeleçam entre as peças chaves da organização padrões efetivos de interação.

David, et. al. (2009) demonstram que a insatisfação com a coordenação chega a 83,6%. Para Oliveira, Albuquerque (2008) a maior prevalência está na insatisfação com os gestores do programa. No estudo de Oliveira, Albuquerque (2008), Ronzani, Silva (2008) as justificativas dadas para a margem de insatisfação referem-se aos problemas de gestão dos serviços de saúde, a cobrança da gestão por números de

atendimentos além das promessas feitas de melhoria nas condições de trabalho que não são concretizadas.

Em relação à satisfação com o relacionamento entre os membros de sua equipe, médicos da USAFA e UBS apontam maior prevalência à excelência na satisfação, para os enfermeiros das duas unidades em estudo, a maior prevalência aloca-se como bom.

Colomé, Lima (2006) conceituam o processo de trabalho em equipe como uma configuração coletiva nas iterações técnicas de distintas áreas propondo múltiplas intervenções que se referem à forma como as articulações são realizadas e como a interação acontece. Enfermeiros no seu estudo compraram esse trabalho como uma engrenagem, corrente em que cada membro deve contribuir com proposições para o planejamento de ações de saúde.

Colomé, Lima (2006), Araújo, Rocha (2007), Fadel, et. al. (2008) abordam que para o alcance de um bom planejamento de ações em saúde deve-se ter objetivo comum dentro de uma coesão mesmo diante de um processo dinâmico que é o estudo com famílias.

Vieira, et. al. (2004), Colomé, Lima (2006), Araújo, Rocha (2007), Fadel, et. al. (2008) corroboram considerando o trabalho em equipe como um importante pressuposto para a organização resolutiva das práticas assistências. Há de buscar uma profunda coesão que entrelace saberes para um resolutivo projeto de intervenção respeitando cada profissional da equipe, discurso de Demeneck (2008), no que se diz respeito às áreas do conhecimento das atribuições específicas de cada profissional.

Para os autores Araújo, Oliveira (2009) o trabalho na unidade de saúde tem uma proposta com a similaridade da prática, o que resulta para nossas maiores prevalências uma satisfação avaliada no critério bom.

Fadel, et. al. (2008) comentam que as causas colocadas por profissionais que geram a insatisfação no serviço relacionam-se a falta de interação com os membros da equipe além do suporte para o desenvolvimento das ações ligado muitas das vezes ao apoio da coordenação da unidade ou da atenção básica.

Ao abeirar-se a satisfação entre os membros da equipe a relação dada por Araújo, Oliveira (2009) é de uma categoria relacional, próxima variável analisada, relacionamento entre comunidade e serviço de saúde. Para os autores a avaliação de uma boa relação dar-se-á pela troca de experiências possibilitando a discussão do trabalho em equipe. David, et. al. (2009) demonstra que a insatisfação no relacionamento com os colegas alcança 76,6%, entre os profissionais enfermeiros. Ronzani, Silva (2008) oferecem contribuições para a constituição de espaços para o trabalho em equipe esses relacionam com consultas aos membros ou em reuniões de equipe nos ambiente de tomada de decisão.

Ao estabelecer esses espaços de consulta aos membros, a comunidade compreende a interação dos profissionais no processo de trabalho em equipe. Ao despontar satisfação percebida perante o relacionamento entre a comunidade e seu serviço, médicos em maior prevalência na USAFA e UBS apontam o nível bom de satisfação, seguindo a mesma classificação para os enfermeiros.

Cotta, et. al. (2006) assinalam que a avaliação em relação a satisfação da comunidade com os serviço de saúde em seu estudo chegou a 71,4% na visão dos

profissionais, apontando-a como boa.

5.5 SATISFAÇÃO COM O TRABALHO NA UNIDADE DE SAÚDE, COM O SALÁRIO, VÍNCULO EMPREGATÍCIO E SISTEMA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO.

Manifestam os profissionais no Guarujá, em relação ao trabalho na unidade de saúde para ambas as unidades, médicos em maior prevalência apontam para o nível de satisfação bom. Para os enfermeiros os que estão vinculados às USAFA marcam o nível bom, em relação aos das UBS, a distribuição de maior prevalência são iguais para o nível regular e bom.

Vieira, et. al. (2004) distinguem que para os trabalhadores de UBS acostumados com o modelo antigo assistencial ou aqueles que nunca trabalharam com o modelo Saúde da Família possuem dificuldades de compreender a efetivação da APS para o SUS e logo exprimem insatisfação na avaliação com o trabalho prestado. No estudo de Ronzani, Silva (2008) os profissionais entrevistados avaliam positivamente o trabalho desenvolvido pelas equipes para a comunidade.

Ao convidar para marcarem o nível de satisfação em relação ao salário, médicos das USAFA e UBS julgam em maior prevalência regular e bom, para os enfermeiros nas duas unidades elencam o nível bom de satisfação.

Em nossa pesquisa a satisfação salarial mencionada pelos profissionais enfermeiros mostra o que Araújo, Oliveira (2009) expõem em sua maior prevalência a avaliação de bom exprime uma real satisfação. No estudo de Cotta, et. al. (2006) a satisfação com a remuneração tem-se que médicos a consideram razoável, em

maior prevalência 67%, igualando em números com os enfermeiros que também a considera razoável.

Machado, Oliveira, Moyses (2011) apresentam as tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil, comentam da particularidade que é apregoada na área da saúde devido à alta demanda de mão de obra consequentemente alta incorporação para o mercado. Acrescenta que o novo modelo de organização do sistema de saúde, saúde da família, contribui para o aumento da empregabilidade.

Friedrich, Pierantoni (2006), Facchini et. al. (2006) abordam em suas pesquisas o ingresso de trabalhadores, médicos e enfermeiros, significativamente maior no modelo de UBS por concurso público do que no PSF.

Salientam Fernandes, Soares, Silva (2008) que a não fixação de profissionais gerados principalmente pela ausência de estabilidade, principalmente na estratégia saúde da família, constitui um empecilho na integração do grupo, consequentemente, à formação do trabalho em equipe e à efetivação do cuidado.

Um viés de discussão exposto pelos autores, Oliveira, Albuquerque (2008), Araújo, Oliveira (2009) comentam sobre a isonomia salarial, abordada nessa pesquisa na perspectiva da satisfação com o seu salário. Para os autores as unidades Saúde da Família apresentam maior segurança e valorização salarial. Colabora a pesquisa de Fadel, et. al (2008) sobre o remanejamento de cargos e de empregabilidade nessa área pela satisfação financeira, Campos, Malik (2008) comentam que os salários dos profissionais da saúde da família têm sido superior à remuneração das demais especialidades médicas como observado por Tomasi, et. al. (2008) ao falar das duas categorias profissionais trabalhadas nessa pesquisa,

médicos e enfermeiros.

Estudos de Machado, (2002); Baldani, et. al. (2005); Oliveira, Saliba, (2005); Fadel (2008), Tomasi (2008) destacam que a discrepância salarial existente entre os profissionais chegam a valores de renda média até três vezes maior para os médicos quando comparadas com os outros profissionais de nível superior, prática colocada por Oliveira, Saliba (2005), de um modelo ainda arraigado aos serviços de saúde pública focados na hegemonia da prática médica.

Em estudo no município de Guarujá que na relação médica os vínculos de servidor público concentram-se na UBS, para as USAFA a contratação acontece por CLT e Contrato Temporário. Para os enfermeiros, todos que estão lotados nas UBS são servidores públicos, diferente dos que estão nas USAFA, que são vinculados por CLT e Contrato Temporário.

Ao abordarmos a satisfação com o vínculo empregatício, médicos das duas unidades em estudo o julgam bom em maior prevalência, para os enfermeiros da USAFA seguem a avaliação de bom, porém para os da UBS, esses atribuem o grau de excelente. Tomasi, et. al. (2008) comentam que dois terços dos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, estavam satisfeito com o vínculo empregatício.

David, et.al. (2009) ao pesquisar a organização do trabalho de enfermagem na Atenção Básica, evidenciam que a forma de contratação predomina na terceirização e que os servidores concursados são em menor número. Na pesquisa de Cotta, et. al. (2006) todos os enfermeiros e a maioria dos médicos foram contratados por outros meios, convite ou simples ocupação de vaga disponível, diferente da pesquisa de Fadel, et. al. (2008) onde os concursados chegam a ocupar

47,4% dos cargos, mesmo assim existe a contratação por indicação política e por contratos temporários, Nota-se no estudo de Tomasi, et. al. (2008) que a proporção é maior para os cargos lotados por concurso público no modelo de UBS.

Denota que a contratação por terceirização torna-se um elemento chave para a discussão dessa variável. A expansão dessa modalidade conforme apontam Cotta, et. al. (2006), Friedrich, Pierantoni (2006), Campos, Malik, (2008), David, et. al (2009) é decorrente do processo de flexibilização do trabalho. Machado, Oliveira, Moyses (2011) apontam que desde a década de 90, principalmente na resposta dada pela complementaridade do setor privado na esfera de atenção no SUS - propagada pela abertura ao “terceiro setor” (Canabrava, et. al. 2007) destacam as Organizações Sociais (OS), Serviço Social Autônomo, Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Consórcios de direito privado e fundações de apoio (Santos, 2012) - indicam em diversas pesquisas possibilidades de irregularidade de vínculo de trabalho como expõe Dantas (2007).

Corroboram David, et. al. (2009) que essa expansão de mercado no trabalho municipal em saúde - ampliação da capacidade instalada de atenção e municipalização dos empregos - foi opção frente os limites impostos na Lei de Responsabilidade Fiscal para a efetivação dos servidores públicos.

Giardini (2007) expõe em pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde que as modalidades de contratação de médicos correspondem 34,3% das equipes saúde da família a contratos temporários, 15,5% de prestação de serviço e 18,1% as formas mais precárias de vinculação profissional, tais como contrato verbal, informal, bolsas e outros tipos de contratação, sobrando apenas 25,4% no país as modalidades julgadas formais para contratação, respectivamente, 12,2% estatutários

e 13,2% CLT.

Conjuntura definida por Machado, Oliveira, Moyses (2011) “precariedade do trabalho” e citam como tentativa do Ministério da Saúde em desprecarizar Mesas de Negociação Permanente no SUS com discursos de propiciar ambientes para revisão dos processos de terceirização e precarização do trabalho em saúde.

Sustentam autores como exposto no trabalho de Canabrava, et. al. (2007), Farah (2001) que as parcerias, novos arranjos institucionais com o terceiro setor, proporcionariam complementar as políticas no nível local de governo estendendo a políticas universais de caráter redistributivo e de desenvolvimento a fim de superar desigualdades estruturais. Sustenta o discurso de terceirização o exposto por Santos (2012, p.1) que define esse ato como parte de uma decisão estratégica que devem ser consideradas as vantagens de *“custos, de operação, de qualidade e/ou as oportunidades de ampliação da oferta e da cobertura”*.

Asseguram David, et. al. (2009) que esse modo de fazer a gestão pode distanciar o gestor público das necessidades locais e de assumir a gerencia do trabalho. Cotta, et. al. (2006) ao abordar esse tipo de contrato comenta que um dos princípios fundamentais para a operacionalização da APS, o vínculo, sofrerá consequências para o planejamento em saúde, afirma Melo, et. al. (2008) que a segurança da fixação fragilizado pelo ação da rotatividade torna-se um ponto problemático.

Santos (2012) questiona o cenário oportunista do mercado privado desde a década de 1980 jus ao crescimento de despesas públicas a níveis insustentáveis, capaz de indagar se o oportunismo esta na esfera pública ou privada, a ponto do

Grupo Nacional de Direitos Humanos (GNDS) encaminhar, a Procuradoria Geral de Justiça enunciados que abordam a terceirização das ações e serviços da Saúde Pública.

Sinalizam Fadel, et. al. (2008) que deve ser considerado a melhor forma de contratação de recursos humanos em saúde, e que o concurso público destaca como a forma mais eficaz para a fixação dos RHs. Salaria que esse tipo de inserção profissional propicia maior interação profissional com o usuário e abertura para o desenvolvimento de vínculo. Fazem os autores uma crítica ao processo burocrático para a inserção por concurso público, principalmente quando estudado aos limites orçamentários de cada município.

Em relação aos locais de trabalho externos a unidade a maior prevalência é de não possuir, tanto para médicos como para enfermeiros, nas duas unidades em estudo. Se analisarmos os que possuem vínculo empregatício externo médicos das USAFA possui em maior prevalência possuem um vínculo externo, os das UBS dois. Em relação aos enfermeiros que possuem vínculo externo a maior prevalência é de um.

Friedrich, Pierantoni (2006) evidenciam que alguns trabalhadores, devido a remuneração, tendiam a buscar outras fontes de renda. Facchini et. al. (2006) apresenta que as pessoas que estão vinculadas a outros vínculos empregatícios foi significativamente maior nas UBS do que no PSF e isso independentemente da região, já no caso de Friedrich, Pierantoni (2006) os trabalhadores que estão vinculados aos PSF possuem maior prevalência de vínculos empregatícios externos.

Cotta, et. al. (2006) apresenta que 100% dos médicos e 67% dos enfermeiros

acumulam outros locais de trabalho. Campos ao observar o cenário médico apresenta que 56,8% declaram possuir dois ou mais vínculos. Ao observar David et. al. (2009) o número de vínculos para os profissionais enfermeiros metade de sua amostra mostrou ter dois ou mais vínculos de trabalho.

Friedrich, Pierantoni (2006); David, et. al. (2009) comentam que na busca desses profissionais, no caso enfermeiros, em complementar a renda, por não possuir estabilidade financeira ou não ser valorizado salarialmente a jornada de trabalho parece não terminar, pode esse ser um dos fatores que expõe o profissional a diversos riscos, sobretudo tendo em vista que o profissional, então lotado nas 40 horas semanais tende a abrir mão do horário noturno por meio de plantões.

Tomasi, et. al. (2008) apresenta que a proporção média de trabalhadores com único vínculo empregatício é significativamente maior entre aqueles que estão inseridos no PSF, com apresentado em nossa pesquisa. Mesmo assim, cabe um olhar atento à forma de trabalho, pois os profissionais em número maior enquadram-se a jornada de trabalho de 40 horas semanais, variação não observada principalmente para a categoria médica no município de Guarujá.

Para os médicos, a distribuição de carga horária de trabalho nas unidades apresenta variedade de frequência, sendo que em maior prevalência atuam 40 horas semanais, para as duas unidades analisadas. Se atentarmos as especificidades da tabela 16 há distribuição de 20, 30, 32 e 35 horas são presentes na forma de contrato desses profissionais. Cabe salientar o previsto na Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011 em relação às Especificidades da equipe saúde da família em relação aos itens obrigatórios inciso IV e V e as especificidades da UBS nos incisos de 1 a V.

Com relação à jornada de trabalho os enfermeiros da USAFA e da UBS estão lotados no regime de trabalho de 40 horas semanais com exceção de um que encontra lotado na UBS em 30 horas semanais.

Cotta, et. al. (2006) dirigem que a jornada de trabalho de sua amostra em relação a médicos e enfermeiros apenas 50 % dos trabalhadores cumpria a carga horaria de 40 horas. Tomasi, et. al. (2008) explana que os contratos de 40 horas semanais incluem mais de dois terços dos trabalhadores do PSF, enquanto nas UBS alcançou menos da metade dos trabalhadores.

Ao analisar a quantidade de horas trabalhadas semanalmente em todos os vínculos empregatícios inclui as horas das USAFA e UBS, médicos das USAFA e UBS em maior prevalência matem às 40 horas semanais. Se olharmos a especificidade de análise a segunda maior prevalência chega a 52 horas seguidas de 100 horas semanais, em relação aos da UBS variam de 60 a 70 horas semanais.

Para os enfermeiros, tanto na USAFA como UBS, a maior prevalência esta no total de 40 horas semanais, faz-se a mesma análise específica de cada situação, tabela 36, possui em segunda maior prevalência o total de 76 horas semanais, aproxima a um profissional o total de 88 horas.

Comentam os autores Araújo, Oliveira (2009), embasados em Machado (1999), Araújo (2003), que a determinação da jornada de trabalho e salários compatíveis com a prática profissional são pontos da agenda política pouco esclarecidos e discutidos, gerando muitas das vezes insatisfação para essa prática profissional.

Estratégias de gestão que não demandam sobre os pontos explorados de

jornada de trabalho e salários indicam desajustes de desempenho profissional e valorização pessoal.

Ao serem perguntados em relação bônus ou benefício financeiro por causa de sua experiência profissional somente um médico da USAFA relatou ter tido esse benefício, porém expressa em questionário que foi em outro vínculo empregatício do último município que trabalhou. Em relação à qualificação profissional dois médicos da USAFA afirmam ter ganho esse benefício, em inclusão ao alcance de metas estabelecidas pela gestão todos os profissionais médicos afirmam nunca terem tido esse bônus ou benefício. Para os profissionais enfermeiros todos negaram terem recebido alguma vez algum bônus ou benefício.

Em relação à satisfação com o sistema de serviço de saúde do município médicos das USAFA e UBS julgaram-no em maior prevalência regular, repetindo o cenário de maior prevalência para os enfermeiros.

Ronzani, Silva (2008) comentam que quanto à organização dos serviços de saúde os profissionais consideram razoável e ruim. Almeida, Fausto, Giovanella (2011) apresentam outro panorama para a avaliação sendo que 80% dos profissionais consideram satisfatório.

Ibañez et. al. (2006) expõem que a avaliação dos profissionais de saúde que trabalham no PSF é melhor do que julgam aqueles que trabalham em UBS. Tomasi, et. al. (2008) apresenta que os profissionais das UBS avaliam o serviço de saúde como insuficiente.

5.6 CONSULTAS E DEMANDAS DAS UNIDADES DE SAÚDE.

Na análise de consultas médicas foi solicitada a média semanal aos profissionais. Para os médicos da USAFA as maiores prevalências deram-se na média de 120 a 100 consultas, para médicos da UBS média de 80 consultas semanais.

Em relação aos enfermeiros a média na USAFA é de 30 exibindo na UBS a média de 80 consultas semanais. Percebe-se em análise específica a distribuição do número médio de consultas para os enfermeiros em uma diferença expressiva para as unidades. Cabe salientar em vivência prática e observação do pesquisador que o exercício de acolhimento não pode ser considerado como uma consulta de enfermagem, gerando dúvida referente a esse dado.

Perguntados sobre o número de consultas agendadas nas unidades de saúde, solicitados os profissionais que expressassem em porcentagem. Médicos das USAFA em maior frequência apontam que 80% são agendadas, variável superada na UBS que relaciona a frequência de 85 a 90%. Para os enfermeiros, apenas 40 % são agendadas em contrapartida a UBS apresenta 80% de agendamento.

Expomos, embasados no referencial teórico da APS, que a proposta de reestruturação do modelo de atenção a partir da saúde da família e dos princípios que devem ser incorporados para a prática, em análise dos dados das UBS alegaram maior programa de consultas agendadas definidas e organizadas por marcação pelo profissional ou paciente. Essa informação representa uma nova configuração de prática para dar cumprimento ao sistema mediante o conceito de que essa unidade não possui população adstrita e trabalha conceitualmente com o

sistema de demanda espontânea.

Ao serem perguntados como você avalia a relação de consultas agendadas para pouca espontânea, médicos da USAFA e da UBS em maior prevalência relatam que existe muita consulta agendada para poucas espontâneas, cabe expressar que quatro médicos, não souberam responder essa pergunta.

Para os enfermeiros da USAFA e UBS em maior prevalência a avaliação é expressa na relação adequada entre consulta agendada e espontânea. Em análise de segunda maior prevalência exprime o inverso afirmado de que a relação é de pouca consulta agendada para muitas consultas espontâneas.

Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2002) as relações de demandas espontâneas com a entrada da saúde da família nos município, essas devem ser reduzidas mediante a identificação dos problemas coletivos e da abordagem coletiva colocada em prática nas atividades de grupo.

Friedrich, Pierantoni (2006), Ameida, Fausto, Giovanella (2011) abordam em estudo a dimensão organizacional do processo produtivo nas unidades, exhibe que as consultas agendadas ainda não estão expressando essa dinâmica de prestação de serviço recomendado pelo MS. Outro ponto salientado pelos autores é a organização da agenda dos atendimentos, que são fragmentadas em programas que acabam inibindo outras ações estratégicas como o levantamento de problemas de saúde da localidade.

No estudo as autoras, Friedrich, Pierantoni (2006), apresentam que os médicos realizam consultas de demanda a grupos específicos cabendo ao

enfermeiro apenas atividades de demanda programada divididas em inúmeras tarefas diárias que fragmentam pela intensa divisão do trabalho.

Almeida, Fausto, Giovanella (2011) comentam que o acolhimento é a ferramenta de trabalho capaz de articular o atendimento à demanda espontânea e às ações programadas, resultado desse processo o estudo mostrou que 80% dos profissionais entrevistados concordam com a afirmativa de que a população procura primeiro a Saúde da Família quando precisa de atendimento.

Em contrapartida os autores salientam que nas unidades com a Saúde da Família o grau de tolerância para consultas não agendadas (função de pronto-atendimento) foi avaliado como elemento que influencia no acesso as demandas da unidade. Expõem que as dificuldades de marcar consultas são entraves para que o sistema cresça e seja respeitado em diferentes regiões do país, cabe valer da organização e planejamento da unidade no dimensionamento da agenda para os problemas situacionais em relação a demanda.

Diante do material apresentado até esse momento, nota-se que médicos e enfermeiros possuem frentes de trabalho e opiniões que convergem e divergem. Em análise geral formulam estratégias e exprimem. Em comparação Fadel, et. al. (2008) comenta que ao avaliar o grau de satisfação das classes profissionais os enfermeiros apresentam maior grau de insatisfação, análise que pode estar corroborando com algumas das variáveis apresentadas.

A abordagem profissional é essencial para o desencadeamento da prática e o estabelecimento de processos iniciais de vínculo, mediadas essas por elementos da formação e da experiência solicitamos aos profissionais uma auto avaliação

sobre sentir-se capaz de desenvolver cinco ferramentas, a abordagem familiar, comunitária, o trabalho multidisciplinar, atividades de grupo e visita domiciliária classificadas nesse estudo como tecnologias leves para o processo de trabalho no conceito teórico exposto por Merhy (2002).

5.7 ABORDAGEM FAMILIAR

Valente, Teixeira (2008), Azeredo, et. al. (2007), Pereira, et. al. (2009), Silva, Silva, Bousso (2010), Lopes, Marcon (2012) expressam que um dos alicerces que sustentam e influenciam a Atenção Primária à Saúde na estratégia saúde da família é a atenção centrada na família. Ibañez et. al. (2006) expõe que o enfoque familiar pressupõe:

A consideração do indivíduo em seu ambiente cotidiano, quando a avaliação das necessidades de saúde deve considerar o contexto familiar e a exposição a ameaças de saúde de qualquer ordem, além do enfrentamento do desafio dos recursos familiares limitados. Resulta do alcance da integralidade e da coordenação (IBÁÑEZ, ET. AL. 2006, p. 688).

Casanova (2006), Valente, Teixeira (2008) comentam que o homem é parte indivíduo, parte de uma família, parte de um coletivo e, é no contexto familiar que crescemos nos desenvolvemos e aprendemos, e, portanto a estratégia saúde da família centra a família como objeto para a atenção. Quando abordamos um dos princípios para a operacionalização da APS o vínculo (ou longitudinalidade) exposto por Ibañez et. al. (2006) pressupõe a:

Existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Assim a unidade de atenção primária deve ser capaz de identificar a população adstrita, bem como os indivíduos dessa população, que deveriam receber atendimento na unidade, exceto quando for necessário realizar consulta especializada ou fazer um encaminhamento. Além disso, a população com a unidade de saúde deveria estar refletido em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde (IBÁÑEZ, ET.AL. 2006, p. 687).

Gomes, et. al. (2011) afirmam que o vínculo pressupõe uma forte relação de interação entre profissional e usuário a partir da constante troca de conhecimento e prática que sustentam no contexto social, histórico, cultural e econômico da comunidade.

Os autores citados acima, comentam que sem o vínculo a relação profissional pode restringir-se a ser puramente técnica e com grandes chances de não conseguir a co-responsabilização que tanto se espera do usuário.

No município de Guarujá os profissionais médicos da USAFA ao avaliarem sentem-se capazes de desempenhar as atividades de abordagem familiar apresentam que em relação à entrevista familiar, consulta individual com abordagem familiar, genograma/familiograma, intervenções terapêuticas familiares sentem-se sempre, em maior prevalência, capacitados para execução dessas atividades. Observa que em relação aos da UBS a entrevista familiar e consulta individual com abordagem familiar, em maior prevalência sentem-se sempre capacitados, para o genograma/familiograma as vezes, e em relação as intervenções terapêuticas familiares a distribuição expressa na sequência de nunca, ocasionalmente, as vezes, sendo que nenhum considerou sempre estar capacitado para tal atividade.

Em relação aos enfermeiros da USAFA a maior prevalência segue para sentir-se capacitado sempre para as variáveis trabalhadas, diferenciando das UBS que assinalam frequentemente estarem capacitados para trabalhar nas demandas de acordo com as variáveis expostas.

Tal distinção entre os enfermeiros e médicos da UBS está relacionada ao modelo de processo de trabalho e orientação para a condução das práticas, ainda

voltada para a singularidade da exposição de necessidade do indivíduo.

Para Ibañez et. al. (2006) o enfoque familiar e vínculo na avaliação dos profissionais médicos e enfermeiros foram mais bem avaliados pelos profissionais que atuam no PSF. Ocupa-se para esse tipo de abordagem a precisão profissional para realizar a escuta qualificada, como comenta Guerreiro, et. al. (2013) a fim de estreitar através do vínculo com o usuário o serviço de saúde a resolubilidade do atendimento na adequação dos serviços as necessidades dos usuários, capaz de cooperar para a formação de sujeitos autônomos como exposto por Schimidt, Lima (2007), Monteiro, Figueiredo, Machado (2009).

Sant'Ana (2000) comenta que frequentemente profissionais do PSF queixam de que só tardiamente atuam com os grupos ou visitas domiciliárias. A maioria verbaliza que só sentem executar Saúde da Família quando executam estão fazendo esse tipo de atividade. Há um contrassenso quando se perde na consulta individual o enfoque familiar. Comenta a autora que o médico mesmo na sua sala em consulta individual, precisa ter esse enfoque para direcionar o atendimento para a medicina da família, e que não é somente em espaços coletivos que a saúde da família se materializa.

A crítica alçada por Silva, Silva, Bousso (2010), ao exposto a cima, em revisão integrativa da literatura sobre abordagem familiar estuda três documentos norteadores do Ministério (BRASIL, 1997, 2000, 2001), esses apresentam diversas recomendações, orientações e normatizações em relação à abordagem familiar, porém os autores evidenciam que não encontram orientações sobre como conduzir a ação profissional diante das dinâmicas familiares.

No estudo de Gomes, et. al. (2001) percebe-se que o enfoque na família 11,6% - como núcleo de sentido para atuação profissional - representa uma baixa atividade no PSF. Lopes, Marcon (2012) proporciona comentários de médicos que salientam a necessidade e ter paciência e diálogo, características essas que estão sendo negligenciadas por profissionais na prática. Aloca como entraves da aproximação para a abordagem, principalmente no que refere à entrevista familiar e consulta individual com abordagem familiar.

Tal cenário inspira Silva, Silva, Bousso (2010) ao expor fragilidades na implementação da saúde da família ao afirmarem que a estratégia saúde da família tem reiterado do modelo de atenção individualizada, presente nas UBS, centrado na demanda espontânea, deixando o contexto social e familiar da pessoa.

A importância da abordagem familiar é tratada por Elsen (2006) como pontos comuns entre os profissionais para a orientação. A autora elenca esses pontos em:

- a família pode ser reconhecida como uma instituição prestadora de cuidados para seus membros, auxiliando na identificação de sinais e queixas de mal-estar ou dor; buscando no recursos no sistema popular ou particular; mostrando-se presente durante a hospitalização e mesmo ocupando um papel importante no caso de reabilitação.
- A família e parte integrante de um ambiente sociocultural, que em seu viver constrói um mundo de símbolos, significados, valores e prática.
- O cuidado é inter e intrageracional, acontece entre gerações; se dá ao longo do processo de viver; é fortalecido pela rede de suporte social, como vizinhos, amigos e parentes;
- É um processo, aprendido e construído pela família em sua trajetória e a capacidade da família para cuidar de seus membros pode ser comprometida, diminuída ou ausente em determinadas situações ou fases da trajetória familiar.
- O cuidado da família se mostra como presença no saber ouvir, pelo diálogo, pelo estar junto durante os momentos difíceis de dor e sofrimento no acompanhar e envolver-se (ELSEN, 2006. p. 18).

Portanto é imprescindível um profissional com conhecimento sobre o universo familiar capaz de ampliar a capacidade de entender e atender as necessidades nos domínios do conceito de família, de saúde da família e interação familiar (Elsen,

1994, Kakehashi, Silva, 2001, Lopes, Marcon, 2012), garantindo laços de confiança e co-responsabilidade, exposto por Monteiro, Figueiredo, Machado (2009), no trabalho dos profissionais junto aos usuários.

Há de considerar que *“não é possível encarar qualquer relação terapêutica como algo que esta começando exatamente ali no momento do primeiro encontro (profissional/usuário)”*, comenta Ayres, (2008, p.74-5), portanto a abordagem familiar abre espaço para o discurso ao mesmo tempo livre.

Lopes, Marcon (2012) apresentam dois pontos facilitadores do impacto da abordagem familiar no cuidado, o primeiro diz respeito ao conhecimento da realidade familiar, que expande o vínculo família/profissional e o outro a possibilidade de empoderamento do usuário e família para com o cuidado. Colabora Moreno (2008) que volve a capacidade de ampliar as possibilidades de resolução das necessidades evidenciadas.

O primeiro ponto exposto conceitua o conhecer a família melhor em sua realidade, contribuição para o profissional planejar, priorizar e desenvolver programas multidisciplinares de acompanhamento domiciliar, eixos que agrupam nas outras abordagens trabalhadas nessa pesquisa.

Expõe Mello, et. al. (2005), Moimaz, et. al. (2011) para conhecer a família é necessário um estudo do desenvolvimento humano no contexto cultural, social e econômico, subsídios para o planejamento da abordagem obtido através de múltiplos instrumentos de levantamento de dados, destaca-se o genograma e ecomapa capaz de delinear a estrutura interna e externa da família.

O genograma permite uma visualização do processo de adoecer, facilita o plano terapêutico à família, avaliza uma melhor compreensão sobre o

desenvolvimento de suas doenças. Sugere a sua análise em pelo menos três gerações para possibilitar uma visão holística das mudanças de ciclo familiar (MELLO, et. al. 2005; ATHAYDE, GIL, 2005; MACHADO, et. al. 2005; PAVARINI, et. al. 2008; DITTERICH, GABARDO, MOYSÉS, 2009; PEREIRA, et. al. 2009, MOIMAZ, et. al. 2011).

O ecomapa retrata a ligação da família com o mundo no ambiente interno e externo com seus vínculos de menor e maior intensidade, além dos ciclos de conflito. Proporciona ao profissional a verificação de apoio e suportes sociais capazes de interagir ou não para o planejamento de intervenções terapêuticas (MELLO, et. al. 2005; ATHAYDE, GIL, 2005; PEREIRA, et. al. 2009).

Machado, et. al. (2005) expõem que essas ferramentas embora tenham o foco familiar conduzem informações individuais para o profissional importantes para o estudo a partir do processo saúde-doença como os pontos de vulnerabilidade, fraquezas, traumatismos, fracassos, sentimentos, raiva, frustrações e as forças capazes de superar e resolver os problemas encontrados. Ditterich, Gabardo, Moisés (2009) proporcionam outras ferramentas que os profissionais podem empregar para ampliar a compreensão na análise da estrutura familiar.

Lopes, Marcon (2012) explanam que os profissionais que atuam nas UBS possuem funções específicas capazes de assumir o diálogo de que a abordagem familiar não pertence a essa dimensão de cuidar para essa unidade. Comentário aliado para o nosso cenário em decorrência de verbalizarem que não são competências para a sua prática tais variáveis. Nota-se que uma pequena porcentagem desses profissionais responderam a segunda parte da pesquisa.

5.8 ABORDAGEM COMUNITÁRIA

A orientação do profissional de saúde para a comunidade implica no *“reconhecimento de que todas as necessidades de saúde da população ocorrem num contexto social determinado, que deve ser conhecido e tomado em consideração”* (IBAÑEZ, ET. AL. 2006. p.688)

Albuquerque, Stotz (2004) consideram que o ambiente favorável para o desenvolvimento da abordagem comunitária é o espaço saúde da família, ponderam que a educação popular em saúde tem uma ação importante para induzir novas práticas nos serviços de saúde trazendo a valorização do saber popular e do usuário dentro de um processo que é contínuo e participativo na compreensão do processo saúde-doença.

Perante do exposto sentir-se capacitado para desempenhar a abordagem comunitária, médicos e enfermeiros do Guarujá, referiram capacidade de execução de prática em sete variáveis de análise.

A primeira diz respeito ao diagnóstico de saúde da comunidade/indicadores de saúde em maior prevalência médicos das USAFA sente-se frequentemente e sempre capacitados, das UBS a distribuição de frequência é ocasionalmente, frequentemente e sempre. Para enfermeiros da USFA a prevalência de frequentemente e sempre e em relação ao da UBS nota-se que apenas um profissional respondeu e sente-se frequentemente capacitado para a ação.

A segunda variável diagnóstico de demanda da unidade em maior prevalência médicos das USAFA sente-se frequentemente e sempre capacitados, das UBS frequentemente e sempre. Para enfermeiros da USFA a prevalência de sempre e em

relação ao da UBS nota-se que apenas um profissional respondeu e sente-se frequentemente capacitado para a ação.

A terceira variável diz respeito à definição de prioridade em maior prevalência médicos das USAFA sente-se sempre capacitados, das UBS frequentemente. Para enfermeiros da USFA a prevalência de frequentemente e sempre e em relação ao da UBS nota-se que apenas dois profissionais responderam narram que frequentemente sentem-se capacitado para a ação.

A quarta variável envolve o planejamento das intervenções comunitárias, em maior prevalência médicos das USAFA sente-se sempre capacitados, das UBS frequentemente. Para enfermeiros da USFA a prevalência de frequentemente e em relação ao da UBS nota-se que apenas um profissional respondeu e sente-se frequentemente capacitado para a ação.

A quinta variável revela a execução das ações comunitárias. Em maior prevalência médicos das USAFA sente-se sempre capacitados, das UBS a frequentemente. Para enfermeiros da USFA a prevalência de frequentemente e sempre e em relação ao da UBS nota-se que apenas um profissional respondeu e sente-se frequentemente capacitado para a ação.

A penúltima variável analisada exhibe a avaliação da implementação e do impacto das intervenções. Em maior prevalência médicos das USAFA sente-se às vezes e frequentemente capacitados, das UBS frequentemente. Para enfermeiros da USFA a maior prevalência é de sempre, cabe expor que expressivo percentual apresentou avaliação de frequentemente e às vezes. Enfermeiros das UBS, ressalta que apenas dois profissional responderam, sentem-se frequentemente capacitado para a ação.

A última análise revelar a vigilância em saúde. Em maior prevalência médicos das USAFA sente-se frequentemente e sempre capacitados, das UBS às vezes. Para enfermeiros da USFA a prevalência de sempre e em relação ao da UBS, ressalva que apenas dois profissional responderam, sentem-se frequentemente capacitado para a ação.

Souza, Hamann (2009) comentam que o diagnóstico da situação de saúde da população permite a análise da situação de saúde do território gerando dados capazes de orientar equipes e gestão para a definição de prioridades locais.

Preveem os autores Araújo, Oliveira (2009) que as competências dos enfermeiros para integrar as equipes Saúde da Família, respalda-se pela instrumentalização acadêmica trazendo a competência respaldada na Resolução do Conselho Nacional de Educação CNE/CES nº 03/2001, mencionada expressamente a Resolução do COFEN nº271/2002, revogada pela 317/2007 prevê a esse profissional a prática para a capacidade de diagnosticar e solucionar os problemas de saúde, uma inferência forte para as práticas da saúde na comunidade, e intervir no processo saúde doença na perspectiva da integralidade da assistência e interação para um equipe multiprofissional.

Em estudo Ronzani, Silva (2008) as atividades desenvolvidas por médicos apontam essencialmente o trabalho clínico (consultas e visitas domiciliária) e quando abordam a educação em saúde realizou atividades focadas para específicos grupos de acompanhamento.

O autores Ronzani, Silva (2008) trabalham que a deficiência, ou até mesmo ausência do planejamento das ações de equipe colabora para lacunas na comunicação profissional- comunidade/usuário.

Organização Pan-americana da Saúde (2004); Azeredo, et. al. (2007) apresenta que é de competência das equipes de saúde da família identificar através de diagnóstico de saúde da comunidade e indicadores de saúde, tendo como referência o perfil epidemiológico, demográfico e social da população.

Levcovitz e colaboradores (2003) comentam que as novas políticas referenciam-se para a reorientação do modelo a partir da saúde da família na necessidade de articulação de estudos sobre o crescimento desse programa a discussão mais ampliada da vigilância em saúde

Guerrero, et. al. (2013) explana que pensar a ação a ser implementada, na dimensão do planejamento, seu por que e como essa poderia ser mais efetiva, pode garantir o aprendizado contínuo e o crescimento reflexivo pela revisão das práticas.

Gomes, et. al. (2001) apresenta o PSF como um programa que possibilitou a inversão do modelo assistencial, trazendo benefícios para a saúde da comunidade frente aos indicadores de saúde da população, transcendendo o primeiro passo para a mudança que é o nível de cognição, porém em estudo os profissionais trazem a vigilância em saúde como sentido prático para o PSF em apenas 11,6% dos depoimentos. Em estudo Cezar-Vaz (2007) expõe que para o segmento enfermeiros, média significativamente maior, o conhecimento das situações ambientais do município decorre da análise dos riscos efetivos e potenciais à saúde, para o segmento médico verificou uma atribuição inferior a esse quesito, tanto em UBS quanto ESF.

Corroboram Almeida, Fausto, Giovanella (2011) que a articulação da vigilância em saúde com a APS é de suma importância para a realização da Política

Nacional de Promoção da Saúde, e cabe aos profissionais compreender a função da vigilância em saúde na operacionalidade das informações do território.

Compete a vigilância um enfoque sistêmico, comenta Waldman (2002), Cezar-Vaz (2007) composta por dois subsistemas, um que diz respeito às informações para orientar as ações de controle nos locais de saúde e a outra como fonte de inteligência epidemiológica capaz de elaborar bases técnicas dos programas de controle. Portanto o objetivo da vigilância em saúde para Waldman não está fundamentado apenas na simples coleta de dados e análise destes, tem como função a elaboração com fundamento científico as bases técnicas que guiarão os serviços de saúde e conduzirão para a elaboração de programas de saúde que melhores atendem as demandas sociais.

Albuquerque, Stotz (2004). Rodrigues, Anderson (2011) comentam que a introdução das equipes multiprofissionais inserem um novo conjunto de ações que buscam promover a interação da APS, saúde pública e serviços de atenção comunitária, amplia-se o conceito trazendo a figura do médico generalista e sua equipe a responsabilização do caminho terapêutico. Nesse nível esse capaz de resolver a maior parte dos problemas de saúde. Destaca-se a criação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) alinhados aos objetivos de coordenação e longitudinalidade para fortalecer, ampliar a resolutividade e otimizar dos serviços com a rede de assistência.

5.9 ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL

Para conceituar a abordagem multiprofissional faz-se a necessidade de refletir primeiramente sobre o trabalho em equipe, núcleo de transformação das ações coletadas no coletivo adequado para dirigir os projetos de intervenção na comunicação usuário/equipe de saúde.

O trabalho em equipe multiprofissional é orientador para a reorganização do processo de trabalho dos serviços de saúde, frente às transformações do agir sobre os fatores que interferem no processo saúde-doença (Vieira, et. al. 2004; Oliveira, Spiri, 2006; Costa, Enders, Menezes, 2008)

Vieira, et. al. (2004) expõe que a abordagem multiprofissional é vista como um potencial sinérgico, onde os profissionais trabalham em função da comunidade. Japiassu (1997) comenta que as etapas para a interação interdisciplinar, conceituada no estudo de Staudt (2008) e, conseqüentemente, para atingir a transdisciplinaridade – nível mais alto das relações sociais na qual se processa a transformação social, acontecem na criação de equipes multiprofissionais e multidisciplinares.

Oliveira, Spiri (2006), Araújo, Rocha (2007), Nascimento, Oliveira (2010) apresentam que a abordagem multiprofissional permite a interação da comunicação em equipe e garante a continuidade do acompanhamento e maior envolvimento com os familiares, base para as ações integrais na saúde.

Na pesquisa do Guarujá, verifica em caráter geral uma capacidade referida por parte dos profissionais de participação, interação e comunicação para o trabalho em equipe. Sendo exposto o Trabalho Multiprofissional com cada integrante das

unidades.

Com exposição ao trabalho multiprofissional médicos das USAFA afirmam sentir-se capacitados sempre para com a sua categoria profissional, enfermeiros, cirurgiões dentistas, técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos e auxiliares de consultório dentário, agentes comunitários de saúde e administrativo.

Ao observar os profissionais das UBS, a maior prevalência se dá sempre para com os médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem e administrativo. Em relação aos cirurgiões dentistas, às vezes e sempre, para com os auxiliares ou técnicos higiene dental, às vezes, para os agentes comunitários de saúde, às vezes e sempre.

Na exposição ao trabalho multiprofissional enfermeiros relatam sentir-se sempre capacitados em maior prevalência nas USAFA aos profissionais médicos, sua própria categoria, com sua equipe de enfermagem, cirurgiões dentistas, técnicos e auxiliares de consultório dentário, agentes comunitários de saúde e administrativo.

Ao analisar em maior prevalência os profissionais das UBS, esses sentem-se sempre capacitados em trabalho multiprofissional com enfermeiros, equipe de enfermagem, técnicos e auxiliares de consultório dentário, agentes comunitários de saúde e administrativo, frequentemente com médicos e auxiliares de consultório dentário.

Oliveira, Spiri (2006) abordam que a enfermagem possui papel importante na coordenação e integração, capaz esse profissional de motivar o ambiente profissional dentro de uma perspectiva interdisciplinar. Salientam as autoras que a comunidade valoriza a integração e a ratifica participando da assistência.

Costa, Enders, Menezes (2008), Araújo, Oliveira (2009) comentam que conflitos aparecem como empecilhos para o trabalho em equipe, principalmente para alguns enfermeiros que, em decorrência de uma visão pragmática atribui o cuidado somente a equipe médica, dificultando assim a assistência proposta do modelo de atenção à saúde. Oliveira, Spiri (2006) ampliam a visão dos conflitos e citam as variedades de opiniões e posturas, a competição ou falta de responsabilidade e os diferentes estilos de gestão das equipes de saúde. As autoras Oliveira e Spiri apresentam o significado do trabalho em equipe a partir da figura abaixo:

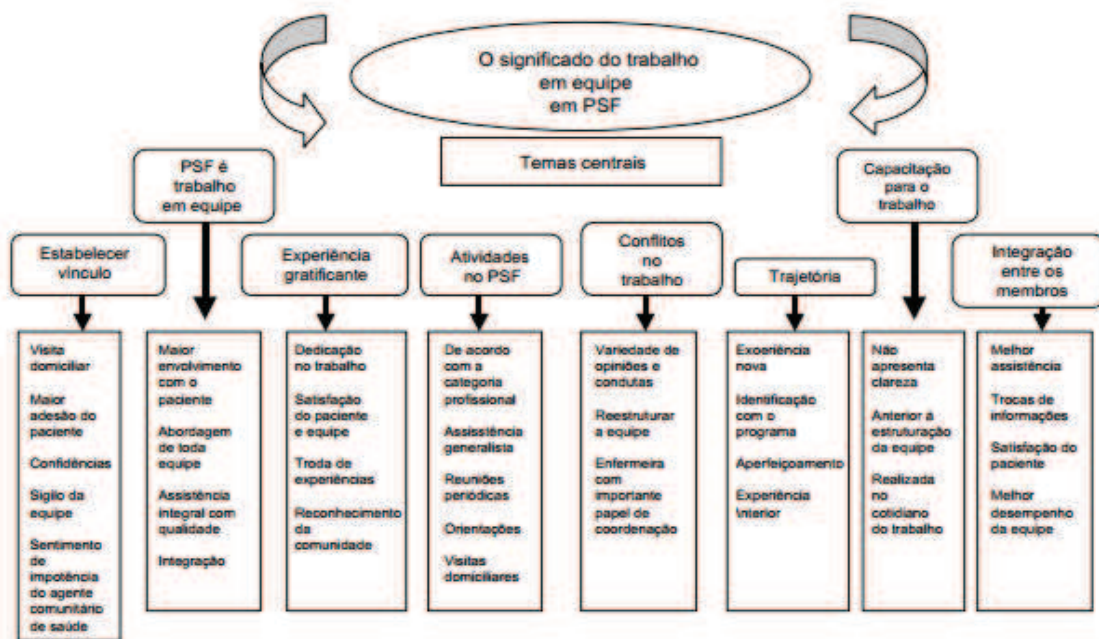


Figura 9: Disponível em Oliveira, Spiri (2006). Diagrama dos fenômenos desvelados na experiência do trabalho em equipe no Programa Saúde da Família (PSF). Conchas, SP, 2004, p.732.

Comentam os autores Araújo, Oliveira (2009) que em Resolução nº 271/2002, revogada pela 317/2007, já prevê a formação do profissional enfermeiro para o trabalho com uma interação da enfermagem com ações que são multiprofissionais.

Estudo de Campos, Malik (2008) aborda que o nível de satisfação no relacionamento do médico com os profissionais da unidade Saúde da Família chega

a excelência. No estudo de Gomes, et. al. (2011), os sentidos de se trabalhar em equipe multiprofissional demandaram apenas 11,6% das atividades do PSF. Costa, Enders, Menezes (2008) corroboram com a informação de que trabalho em equipe é prática tanto para UBS como PSF.

Colomé, Lima (2006) apresentam o cenário da dificuldade de comunicação do enfermeiro com o Agente Comunitário de Saúde (ACS), atribuindo essa à falta de capacitação frente as demandas solicitadas.

Silva, Trad (2004-2005) mencionam que para a saúde da família percebe-se na operacionalização da prática, a existência de tensão entre a fragmentação e a interação do processo de trabalho, colaborando para o risco dos profissionais se isolarem em “núcleos de competência”, definindo uma fragmentação da equipe profissional e a verticalização do modelo de atenção. Perpassa por essa análise uma reflexão na prática das UBS, resultado desses núcleos de competência na falta de incorporação dos princípios da APS.

Corroboram Loch-Neckel, G. et. al. (2009) que as equipes de PSF mostram as competências e responsabilidades em falas de profissionais, que resultaram no processo de segmentação entre grupos e subgrupos na equipe de saúde, muitas das vezes porque a equipe não se considera um coletivo organizado.

Moretti-Pires, Campos (2010, p. 384) colaboram ao apresentar questões que surgem diante desse processo de núcleos de competência: *“o outro é meu problema? O trabalho do outro é meu? Meu trabalho é do outro? Qual é meu espaço? O espaço comum é espaço de ninguém ou de todo mundo?”*

Autores, Silva, Trad (2004-2005), Loch-Neckel, G. et. al. (2009), Gomes, et. al. (2011) indicam que os programas de saúde coletiva colaboram para resolver problemas importantes nesse território de organização dos serviços de saúde.

Explicita a fragmentação do termo trabalho multidisciplinar no estudo de Moretti- Pires, Campos (2010) quando analisam o conteúdo imperativo das falas dos profissionais que variam para enfermeiros na necessidade de ter um trabalho integrado, porém nota-se em prática referente ao aspecto clínico sobreposição ao ato do médico, e para os profissionais médicos a descrença na possibilidade de integração.

Kell, Shimizu (2010) questionam se existe trabalho em equipe no programa saúde da família e, ao concluir denotam que mesmo diante dos processos de fragmentação congruentes como os já expostos na discussão, as representações de trabalho em discursos dos profissionais operacionalizam espaços de troca de experiências e discussão de casos, sinalizando passos iniciais para o processo de trabalho multiprofissional.

Souza, Hamann (2009) cometam que necessariamente para as equipes da APS a interdisciplinaridade, vinculação, competência cultural, intersetorialidade e fortalecimento da gestão local, que deve ser participativa/democrática, convergem para uma nova prática fazendo que os profissionais pensem na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos na comunidade, cabendo evidentemente a interação entre os membros da equipe e de equipes.

5.10 ATIVIDADES DE GRUPO

Ao abordar a capacidade de elaborar as atividades de grupo os profissionais do Guarujá, médicos da USAFA, em maior prevalência sentem-se preparados

sempre para a execução dessa prática. Para os médicos da UBS, quanto à metodologia, distribuem-se em às vezes e frequentemente, para o planejamento, desenvolvimento e avaliação às vezes e sempre.

A análise dos enfermeiros em relação a sentir-se capacitado para a elaboração de atividades de grupo, os fazem parte da USAFA a maior prevalência para a variável metodologia é de frequentemente sentirem-se capacitados, segue a auto avaliação para o planejamento, desenvolvimento e avaliação de sempre estarem preparados.

Em relação aos profissionais das UBS, a distribuição de maior prevalência é igual para as variáveis planejamento, desenvolvimento e avaliação de às vezes e frequentemente estarem capacitados para essa prática. Para a variável metodologia a distribuição em maior prevalência é igual para ocasionalmente e frequentemente.

Onocko-Campos, et. al. (2012) cometam que a atividade de grupo deve ser direcionada pelo planejamento na interação entre pacientes e profissionais através de suporte profissional, recomendações claras e simples, boa comunicação. Aponta Berra (2011) melhores resultados na redução de morbi-mortalidade por doenças cardiovasculares quando enfermeiros adotam a estratégia de atenção para atividades de grupo complementam Torres, (2004), Soares, Ferraz (2007) em estudos a redução de complicações, fisiológicas e psicológicas, quando o indivíduo está vinculado a atividades de grupo.

Soares, Ferraz (2007) apontam que essa prática contribui para maior otimização do trabalho com a redução das consultas individuais, participação ativa do cliente no processo educativo, dado o envolvimento que a equipe tem na

responsabilização de gerar espaços de vínculo com o usuário.

Fernandes, Soares, Silva (2008) complementam que primeiramente o foco das atividades de grupo é a de indivíduos que estão em vulnerabilidade ou possuem uma doença crônica, tem por objetivo fortalecer e encorajar os grupos a caminhada na promoção da qualidade de vida na apropriação de atividades de vida diária afim de desenvolve-las com menor desgaste de energia.

Frota, Albuquerque, Linard (2007) comentam sobre a capacidade que as pessoas possuem de identificar forças de interação com o ambiente em que vivem, na cultura e na participação a tal ponto de habilitarem alternativas que promovam a transformação das suas condições de vida.

Fleury-Teixeira, et. al. (2008, p.2118) comenta que “*a promoção da saúde busca autonomia dos indivíduos e comunidades; esse é, a nosso ver o cerne da proposição de empowerment individual e coletivo*” categoria que assumi a função norteadora da promoção da saúde a autonomia. Combinato et. al. (2010) comenta que a contribuição dos profissionais nas ações de atividade de grupo contribuem significativamente para o atendimento da população e autonomia do usuário.

Kahhale (2003) exprime três momentos para o processo de promoção da saúde, esses interdependentes no contexto do indivíduo ou do coletivo. A *informação*, primeiro passo, para assumir o controle e responsabilidade das ações de saúde, seguida da *reflexão e organização individual e dos diferentes grupos que compõem a comunidade* capaz de então *efetivar ações que concretizem na prática do indivíduo ou do coletivo*. Combinato, et. al. (2010) explora que as práticas profissionais para as atividades de grupo estão distribuídas em rodas, grupos de

discussão e colegiados gestores, espaços que são apropriados para fomentar o envolvimento do indivíduo e do coletivo na análise de estratégias para as necessidades evidenciadas em seu território.

Combinato, et. al. (2010), Maffaccioli, Lopes (2011) salientam a necessidade da equipe de profissionais abordarem diferentes tipos de comunicação para alcançar os objetivos planejados para as atividades. Notou, Maffaccioli, Lopes (2011), em estudo a necessidade de trabalhos manuais, confecções de cartaz, criação de desenhos e figuras, certamente um espaço lúdico de compreensão de acordo com a classificação da população alvo da atividade a ser direcionada. Corroborando afirmando, Notou, Maffaccioli, Lopes (2011), que não é necessário o profissional ser o responsável pelo projeto, o envolvimento da comunidade e dos grupos nas ações conduzem ao empoderamento e autonomia nos espaços da educação, necessário para a interação capaz de despertar nos componentes dos grupos responsabilidades para o desenvolvimento dos encontros, tornando-os construtores dos espaços coletivos mediados por profissionais.

Fernandes, Soares, Silva (2008) apresentam em seu estudo as limitações dos profissionais para a prática de grupo. Destacam a dificuldade desses profissionais se apropriar de um conjunto de habilidades técnicas e científicas que permitiriam fazer uma leitura aprofundada do processo grupal, das dificuldades de lidar com os sentimentos humanos e as interações que afloram no grupo além da situação de falta de materiais, tecnologias educativas e de apoio logístico. Sinais esses, limitadores, que cooperam para que as equipes caiam muitas das vezes em ambientes de improvisação capazes de gerar aversão, conflitos desnecessários e a perda de interesse e motivação para o cuidado direcionado por essa atividade.

Limita-se ao ponto de diminuir ou ausentar o processo de autonomia e empoderamento.

Acioli (2008), Torres, et. al. (2010), Maffaccioli, Lopes (2011) comentam sobre a construção compartilhada do conhecimento que está presente nas atividades com grupos. Indica aspectos de natureza metodológica de abordagem construtivista capazes de influenciar a qualidade de vida. As autoras, Fernandes, Soares, Silva (2008) fazem uma crítica ao uso do conhecimento empírico comentam que esse oportuniza uma frágil leitura pouco aprofundada do processo grupal, o que não permite a percepção de determinadas situações peculiares que emergem no grupo. Destacam as iniciativas para a atividade em grupo Vasconcelos, Grillo, Soares (2009) na construção de materiais de orientação pedagógica para a AB.

Corroborando Castilho (2004) sobre a necessidade de o profissional sentir-se internamente bem preparado:

“...para compreender o que se passa com ele [usuário e grupo] e analisar as relações desse fenômeno com sua condição e realidade pessoal. Criando para si um nível de consciência exata de sua posição ou situação existencial, dentro do contexto do grupo, ante o momento vivido. Em outras palavras, que se tenha uma visão teórica e real do movimento do grupo” (CASTILHO, 2004, p.1-2)

Percebe-se a precisão do envolvimento de toda a equipe no processo de adequação da metodologia a ser utilizada, do planejamento para guiar o desenvolvimento, mas como expõem Fernandes, Soares, Silva (2008), a responsabilização de toda equipe pela organização e condução do grupo ainda é pouco concreta na prática.

5.11 VISITA DOMICILIÁRIA

Entendemos o domicílio como o próprio ambiente familiar. Nogueira, Fonseca (1977) potencializam que é neste ambiente familiar que constroem “*o conjunto das mais poderosas forças*” que irá influenciar a materialização dos objetivos da APS. Mano (2009), ao lembrar a *Casapueblo*, do arquiteto e artista plástico uruguaiano, chamando a obra de “*Escultura para viver*”, remete ao pensamento que é impossível enxergar um domicílio como um espaço sem ritos e mitos. Esse é o maior desafio para os profissionais de saúde da família, dentro de uma estrutura de exclusão social que vivemos perpetrada a partir do limite de espaço.

O lar, empregado nesta pesquisa como domicílio, é objeto de muitos pesquisadores, apresenta-se em várias dimensões para a prática profissional. Um olhar no cinema e na literatura traz contribuições para o pensar nos ciclos de abordagem familiar para os profissionais da saúde da família. Retrata um clássico filme galego *La casa de mi abuela*, documentário em que o domicílio é uma personagem e constitui-se um lar vivo, na literatura o livro *Cien Años de Soledad*, prêmio Nobel de Literatura em 1982, que sugeriu, para estudiosos da área, construção de árvore genealógica para relacionar com histórias, previsões e acontecimentos. Outro exemplo, o clássico *Éramos Seis*, de Maria José Dupré (1983), as crônicas de Raquel de Queiroz, *Um Alpendre, Uma Rede, Um Açude* (1947), *Cemitério de Família* (1948), a casa do *Morro Branco* (1999), as contribuições de João Cabral de Melo Neto em *Morte e Vida Severina* (2000), o clássico *Casa-Grande e Senzala* (1933), *Sobrados e Mucambos* (1936) de Gilberto Freyre, além de lembrar os poemas e crônicas de Cora Coralina retratando o domicílio e a velha ponte (MANO, 2009).

Giacomozzi, Lacerda (2006), Teixeira (2009), Moimaz, et. al. (2011) concebem os vários domicílio de abrangência de uma unidade de saúde como peculiares às dinâmicas familiares. Tal contribuição expressa à necessidade do profissional de entender o que Braga (2007) afirma “*o espaço mais imediato ao nosso redor é o domicílio, nossa matriz, que traduzida do grego significa útero*”, que com o passar dos anos a precariedade do espaço familiar fez com que a rua se torna a extensão da casa e a vizinhança a extensão da família. Mano (2009) Lopes, Marcon (2012), Santos, Morais (2011), Kebian, Acioli (2011), Andrade, et. al. (2014) complementam que somente um profissional atento e sensível consegue entender a complexidade “dinâmica familiar” dessa realidade, e que certamente só será compreendida se for visitada, dada a necessidade de percorrer as ruas e as casas, percebendo imagens não ditas.

Pereira, et. al. (2004), Santos, Morais (2011), Kebian, Acioli (2011), Moimaz, et. al. (2011) comentam que o domicílio torna-se espaço que potencializa as práticas de assistência e proporciona o profissional a oportunidade de rever as suas práticas e conformações com sua terapêutica. Pereira, et. al. (2004), Matumoto, (2011) apontam que é nesse espaço que há articulação de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, possibilitando a construção de um projeto terapêutico compartilhado ,dando eficácia à assistência, fortalecendo o espaço de discussão da educação permanente.

A abordagem domiciliar, então parâmetro para a execução da visita domiciliária, é conceituada como um conjunto de ações dadas a partir de um diagnóstico pela equipe, articula para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação dentro de uma função e caráter interdisciplinar, capaz de agregar tanto o processo de cuidar quanto o educar, conforme expõem Kerber, Kirchhof, César-Vaz

(2008) a necessidade gerada em cada momento da ação propriamente dita, formando a prática de atenção domiciliária.

A análise de sentir-se capacitado em desenvolver a visita domiciliária para os médicos, em maior prevalência quanto ao planejamento, priorização, consulta domiciliária e desenvolvimento do programa multidisciplinar de acompanhamento domiciliar, no Guarujá médicos da USAFA sente-se sempre capazes para a execução dessa prática. Observa que somente um profissional participou da UBS esse refere sempre na avaliação de capacidade para prática.

A análise dos profissionais enfermeiros em relação a sentir-se capacitado para a visita domiciliária. Em relação às variáveis analisadas quanto ao planejamento, priorização, consulta domiciliária e desenvolvimento de programa multidisciplinar de acompanhamento domiciliar os profissionais sempre, em maior prevalência, afirmam sentir-se capacitados para essas práticas. Em relação aos profissionais da UBS, somente obtivemos respostas quanto à consulta domiciliária, participação de um sujeito que afirma sempre estar capacitado para essa prática.

A visita domiciliária tem transmissão para o profissional da estrutura familiar, formas de trabalho e de vida e como se socializam os padrões de interação da estrutura e formas na solidariedade do processo de cuidar (Valente, Teixeira, 2008; Kebian, Acioli, 2011, Nascimento, et al. 2011). Tal transmissão é argumentada por Elsen (2004), Borges, Oliveira (2011), Lopes, Marcon (2012) como construção de símbolos, significados, valores, saberes e práticas oriundas da família, intra e extrafamiliar, acrescenta Azeredo, et. al. (2007), e do ambiente sociocultural. Colabora Braz (2003, p.3) que o “*cuidado prestado no domicílio não deve ser uma atividade movida a improvisações e informalidades*”, por isso, a preparação

profissional para desvendar, como propõem Matumoto, et. al. (2011), os achados das entrelinhas.

Valente, Teixeira (2008), Nascimento, et al. (2011), Santos, Morais (2011), Guerrero, et. al. (2013) comentam que a promoção do vínculo com os usuários por meio das práticas de acolhimento, visitas domiciliárias, agendamento por áreas de abrangência, busca-ativa de casos consideram-se potencializadores para a priorização das assistências da equipe de saúde, tentando fazer uma conexão da família com os recursos da comunidade em que vive, como comenta Mano (2009).

Rehen, Trad (2005), Giacomozzi, Lacerda (2006), Demeneck (2008), Mano (2009), Romanholi, Cyrino (2012), Andrade, et. al (2014) explanam que a visita domiciliária é uma tecnologia leve para a intervenção no processo saúde-doença. Valente, Teixeira (2008) abordam como uma das formas de acompanhamento da equipe na monitorização da situação de saúde das famílias, podendo essas seguir padrões estabelecidos epidemiologicamente ou de formas espontâneas. Corrobora a afirmação a ampliação dada pela Organização Pan-americana de Saúde (2001) quando evidencia que o conceito de saúde é entendido a partir do resultado do estilo de vida, condições biológicas e acesso a bem e serviços que estão diretamente relacionados aos determinantes sociais. Compreender então o ambiente que o indivíduo e a sua família estão inseridos torna-se prática para os profissionais que estão exercendo a atenção no nível primário, sugere-se a visita domiciliária como instrumento para esse trabalho.

Albuquerque, Stotz (2004), Nascimento, et al. (2011) concebem a visita domiciliaria como prática extramuros capaz de promover a saúde e melhorar a qualidade de vida da população, diante do contexto da Política Nacional de

Promoção da Saúde (PNPS), pensada com o objetivo complementar de fortalecer a estratégia saúde da família, formando redes de compromisso e corresponsabilidade.

Há de se expressar o relato de Minuchim, Minuchim, Colapatino (1999) ao relacionar a visita domiciliária como expansão do serviço.

“Quando um profissional entra na casa de um cliente, tudo na estrutura sugere que o contexto é parte de intervenção. O bairro e os vizinhos são o terreno do cliente, o ambiente maximiza a possibilidade de a família e de outros membros importantes da rede poderem se unir. Além disso, o ato de ir até a casa do cliente sugere que o serviço está se expandindo. A aura de autoridade que caracteriza um ambiente oficial é silenciada enquanto a realidade do ambiente em que a família vive é conhecida” (MINUCHIM, MINUCHIM, COLAPATINO et. al. 1999, p.189).

A visita domiciliar está prevista na Política Nacional da Atenção Básica como atribuições a todos os profissionais das equipes, normatizado no inciso III do item 4.3.1, do Anexo A. No estudo de Gomes, et. al. (2011) a visita domiciliária representa, no sentido de importância para a prática dos profissionais da Saúde da Família, apenas 10,7%. Lionello, et. al. (2012) comentam que em algumas unidades básicas as ações de visita são dificultadas por falta de recursos.

Marasquin, et. al (2004), Rehem, Trad (2005), Giacomozzi, Lacerda (2006), Valente, Teixeira (2008), Romanholi, Cyrino (2012), Andrade, et. al. (2014) comentam a importância do planejamento prévio para subsidiar a elaboração de ações sistematizadas antes e após o ato da visita. Complementam Alvarenga (2005), caso contrário isso não aconteça ela deve ser considerada como apenas uma mera ação social, Souza, Hamann (2009) expõem que o planejamento baseia-se na realidade local que viabiliza a programação de atividades, orientada segundo critérios. Souza, Hamann (2009), Lopes, Marcon (2012) complementam que na fase

de planejamento do cuidado a participação da família, nessa etapa, sugere ao profissional visitas instrumentalizadas para o desencadeamento da tomada de decisão.

Giacomozzi, Lacerda (2006), Andrade, et. al. (2014) cometam que para a sistematização da assistência domiciliar acontecer há necessidade de se desenvolver programas multidisciplinares de acompanhamento domiciliar a partir de realização periódica semanal nas reuniões entre equipes envolvidas para direcionar a assistência.

Mano (2009) observa que o custo (tempo), a disponibilidade e a resistência profissional são os maiores problemas para se colocar em prática a visita deixada muitas das vezes em terceiro plano.

Corroborando o exposto por Mendes (2001), Mano, Rehen, Trad (2005) estudam a atenção domiciliar como projeto de atenção básica. Giacomozzi, Lacerda (2006) compreendem a atenção domiciliar como qualquer ato que constitui a modalidade prestada no domicílio representa o atendimento, visita e a internação domiciliar, distingue-se cada um com objetivos e características diferentes, mas, que todos incorporam para a prática na atenção básica.

Abrir para esse diálogo tem-se a perspectiva de apresentar que o conceito que a VD impacta em outros níveis de assistência. Cecílio (1997, p.12) *“é possível e necessário explorar as estratégias de desconcentração do atendimento hospitalar, a partir de programas de internação hospitalar, de visita domiciliar ou do médico da família”*.

As autoras, Rehen, Trad (2005), Silva, et. al. (2010) apresentam que a abordagem no contexto domiciliar tem por expressão a redução da demanda por

atendimento hospitalar ou por redução de permanência no leito hospitalar, permeada na prática de compreensão das necessidades e demandas próprias para o cuidado em saúde. Ressalta Neto (2000) em documento do Ministério da Saúde, uma configuração de proposta para a Assistência Domiciliar no âmbito da Atenção Básica, portanto, uma interação domiciliar com a visita domiciliária possui a vantagem, como expõe Gallego, et. al. (2002), na possibilidade de oferecer assistência de qualidade com custos razoáveis gerando propostas de solução para os problemas financeiros dos sistemas de saúde.

Cotta, et. al. (2001) colabora com a priorização de atenção dos profissionais as demandas urgentes de prática aos grupos de usuários com processos crônicos reagudizados, processo pós-cirúrgicos e em situações agudas, gerando um diálogo mais próximo entre o nível terciário e primário, capaz de subsidiar a prática do cuidado no nível primário. Tal priorização é tomada como crítica por Silva, Silva, Bousso (2010) por manter um foco ainda curativista e individual.

Rehen, Trad (2005), Kerber, Kirchof, César-Vaz (2008) apresentam as variedades de termos para o cuidado no domicílio, tais como: assistência domiciliar, atenção médica domiciliária, atenção domiciliária, internação domiciliar, hospitalização domiciliar e home care, serviços esses desenvolvidos no domicílio do paciente por uma equipe multiprofissional frente à um diagnóstico, tratamento e reabilitação que não obriga necessariamente a permanência no hospital, determinando assim a periodicidade da visita de acordo com a necessidade e complexidade requerida pelo paciente.

Então, a Estratégia Saúde da Família articulava com os demais estabelecimentos de saúde para desenvolver de forma integrada o cuidado na

expansão do diálogo com a assistência hospitalar, compondo uma alternativa para o enfrentamento da crise no setor saúde, desenvolvida nos âmbitos públicos ou privados. Feuerwerker, Merhy (2008), em pesquisa apresentam arranjos diferentes em estados brasileiros sobre as contribuições da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde e de assistência, que não centralizam somente o cuidado domiciliar familiar à saúde da família, sinaliza situações de negociação explícita entre a equipe e o cuidador, e que deve ser minimizada na transferência de tecnologias leves, principalmente incorporada por Andrade (2014) na visita domiciliar, e leve-dura para a manutenção da terapêutica e intervenção planejada.

Portanto há de colaborar o que Fadel, et. al. (2009) apresenta que ao perguntar aos profissionais que atuam na saúde da família onde 79,5% relatam sentir-se seguros para o desenvolvimento das ações. Campos, Malik (2008) apresentam o grau de satisfação adequado dos profissionais médicos no uso de habilidades e na confiança das relações de trabalho em equipe. Lopes, Marcon (2012) comentam que os profissionais em seu estudo não se consideram qualificados para assistir na dimensão da saúde da família, necessitando esse de um perfil para o trabalho e por isso muitos não conseguem realizá-lo com eficácia.

Com isso a ênfase desloca-se de uma abordagem instrumental para uma abordagem mais relacional, priorizando a materialidade e a substancialidade do encontro (GUERRERO, et. al. 2013).

Matumoto, et. al. (2011) comentam que os profissionais ao desempenhar o papel social para o cuidado, vivem tensões próprias da produção dos atos de saúde relacionado essencialmente a produção de procedimentos frente a produção do

cuidado, perpassando a dimensão procedimental, quando aplicado ao nível primário de atenção.

O planejamento em saúde incorpora uma ferramenta importante para o processo de trabalho e gestão nas unidades de saúde, tanto UBS como ESF, capaz de contribuir com a formação de sujeitos reflexivos nas práticas e nas realidades encontradas.

6 - CONCLUSÃO

A pesquisa apresentou em análise a caracterização de profissionais médicos e enfermeiros que trabalham nas unidades de saúde que pertencem ao nível primário de atenção no município de Guarujá. Em relação aos sujeitos da pesquisa exhibe que os profissionais vinculados às unidades de saúde da família tiveram maior aceitação em participar. Durante a coleta de campo percebeu-se a resistência de participação de profissionais que estavam vinculados às unidades de saúde básica, principalmente médicos. Muitas das justificativas foram dadas em relação ao tempo e o vínculo que o profissional possui, eles chegam, atendem a demanda e vão embora.

A satisfação expressa pelos profissionais de saúde, quando analisadas em âmbito de maior prevalência, é de um nível bom, destacando apenas com relação ao sistema de serviço de saúde do município que é avaliado como regular. Tal expressão torna-se um indicador de pesquisa para a gestão, no intuito de reconhecer quais são as demandas profissionais que os representantes e executores da política planejada da gestão enxergam para os caminhos da administração.

Integrar profissionais no planejamento, principalmente quando esses avaliam o serviço em regular, pode apontar caminhos de aproximação principalmente da gestão dos problemas reais tanto organizacionais como de compreensão da prática de trabalho.

As características pessoais, humanas e interdisciplinares de formação dos profissionais que atuam na área de saúde são importantes de se considerar para obter uma informação mais ampla e melhor sobre a comunidade. Portanto, exige uma mudança estrutural na formação e nas práticas dos profissionais de saúde, que

deve começar no centros formadores e ampliar na interação dos serviços com centros formadores.

O conhecimento do perfil desses profissionais integrantes do corpo de recursos humanos dos serviços de saúde, conseqüentemente, aponta necessidade à qualificação, primeiramente exposto no cenário de educação continuada e pela falta de cursos introdutórios e de abordagens para a APS.

O julgamento de sentir-se capaz para as abordagens familiar, comunitária, trabalho multidisciplinar, atividade de grupo e visita domiciliária pode indicar uma capacidade frágil na perspectiva das dimensões trabalhadas, principalmente os conceitos que abrangem a materialização dessas na assistência. Justifica-se a explanação na relação investigada da formação recente para a maior prevalência profissional além do vínculo com o município e com o trabalho na APS. Relação que poderia ser minimizada caso tivessem ao inserirem na prática capacitações reflexivas da importância da clínica ampliada para o cenário de atenção.

O cenário pode propor em relação às tecnologias de trabalho então solicitadas na validação dos profissionais uma fragilidade no que se espera para o nível de atenção. A estabilidade do vínculo empregatício deve ser trabalhada com os profissionais principalmente em relação a supervisão do trabalho e da produção para com a atenção, lembrando que os espaços de atendimento não são apenas específicos de um olhar clínico patológico. A reflexão da clínica ampliada deve ser tratada, em questão, como uma política de recursos humanos não somente para a UBS.

Percebe-se que a Saúde da Família é uma estratégia em construção, carecendo de melhor definição em seus aspectos conceituais e operacionais no que

tange à forma de organizar os sentidos de demanda no atendimento, já que as unidades tradicionais refletem maior trabalho de organização na agenda de demanda e por possuírem seus profissionais um menor tempo de vínculo, formação e treinamentos para a atuação na APS.

Sugere-se conhecer e analisar o trabalho prático dos profissionais em métodos de observação e análise de produção em saúde, verificando as contribuições específicas das tecnologias leves de cuidado ao indivíduo e grupos na unidade ou no domicílio como métodos de compartilhar conhecimentos e informações para a gestão.

A pesquisa aponta possíveis fragilidades na dimensão de estrutura de organização no atendimento e princípios da APS, ao expor uma divisão na coordenação e no modelo de atenção territorial entre Unidade Básica de Saúde e Unidade Saúde da Família. Sugestiona a análise que ambas as unidades devem fazer o uso das tecnologias e equipamentos que permitam a resolução de problemas de saúde da comunidade, tanto para a prevenção, como para a promoção.

A não participação efetiva de todos os profissionais lotados nas unidades de saúde implicou em um baixo poder para os testes de significância estatística aplicados a análise, em outras palavras, a não detecção de diferenças estatísticas pode apenas refletir o pequeno tamanho da amostra. Mesmo diante desse panorama a pesquisa revela caminhos para a gestão em saúde e coordenação da Atenção Básica refletirem enquanto educação permanente no serviço de saúde.

6 - REFERENCIAL

ACIOLI S. *Os sentidos das práticas voltadas para a saúde e doença: maneiras de fazer de grupos de sociedades civis*. In: Pinheiro, R; Mattos, RA. *Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro (RJ): IMS/ABRASCO; 2001.

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em saúde pública. *Rev. Bras de Enferm. Brasília*, v.61, n. 1. 2008. p.117-21. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000100019&script=sci_arttext> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

ALBUQUERQUE, P. C. STOTZ, E. N. Popular education in primary care: in search of comprehensive health care. *Interface- Comunic. Saúde. Educ.*, Març/Ago. v.8, n.15. 2004. p.259-74. Disponível em <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v8n15/a06v8n15.pdf>> Acesso em 20 Setembro 2014.

ALMEIDA, C. M. *As reformas sanitárias nos anos 80: crise ou transição*. [Tese]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 1995.

ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, J.S.Y. *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo: Cortez, 1986.

ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, S.M.M. (org.). *O trabalho de enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1997.

ALMEIDA, P. F., FAUSTO, M. R. C. GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev. Panam. Salud Publica*. v.29, n.2.,2011. p. 84-95. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011000200003> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

ALVARENGA, R. E. *Cuidados paliativos domiciliar: percepções do paciente oncológico e de seu cuidador*. Porto Alegre: Moriá: 2005.

ANDERSON, M. I. P., DERMAZO, M. M. P., RODRIGUES, R. D. A medicina de família e comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o ensino de graduação: recomendações e potencialidades. *Rev. Bras. Med. Fam. e Com.* Rio de Janeiro, v.3 n 11, out-dez 2007. p. 157-72. Disponível em <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/334>> acesso em 12 de março 2014.

ARAÚJO, M. B. S., ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*. v.12, n.2, 2007. p.455-64. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200022> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

ARAÚJO, M. de F. S. OLIVEIRA, F. M. C. A atuação do enfermeiro na equipe de Saúde da Família e as satisfação profissional. *CAOS* n14, Set. 2009, p. 03-14. Disponível em <

http://www.cchla.ufpb.br/caos/n14/DOSSIE%20SA%C3%9ADE_TEXTO%20I_ATUA%C3%87%C3%83O%20DO%20ENFERMEIRO.pdf> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

AROUCA, S. *O dilema preventivista. Contribuições para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: UNESP, 2003.

ATHAYDE, E. S., GIL, C. R. R. Possibilidades do uso do genograma no trabalho cotidiano dos médicos das equipes de saúde da família de Londrina. *Rev. Espaço para a Saúde*. Londrina. V.6, n.2, 2005. p.13-22. Disponível em < <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v6n2/genograma.pdf> > Acesso em 20 de Setembro de 2014.

AZEREDO, C. M. et. al. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. *Ciência e Saúde Coletiva*. v.12., n.3. 2007. p.743-53. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000300025&script=sci_arttext > Acesso em 20 de Setembro de 2014.

BALDANI, M. H. FADEL, C. B. POSSAMAI, T. QUEIROZ, M. G. S. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no estado do Paraná. *Brasil.Cad. Saúde Pública*, 21 (4). 2005. p. 1026-35. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n4/05.pdf> > Acesso em 20 de Setembro de 2014.

BAPTISTA, T. W. de F., FAUSTO, M. C. R., CUNHA, M. S. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. *Physis* vol.19, n.4, p. 1007-28. 2009. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000400006> acesso em 20 de abril de 2014.

BERRA, K. Does nurse case management improve implementation of guidelines for cardiovascular disease risk reduction? *J Cardiovasc Nurs*. Mar/Apr. v.26, n.2. 2011. p.145-67 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21076315>

BEZERRA, R. C. R. *Evaluation of the impact of a national primary health care policy on infant health outcomes from 1999-2002*. [Tese de Doutorado] Tucson: Mel, Enid Zuckermann College of Public Health, University of Arizona; 2006.

BONITA, R. *Epidemiologia básica*. 2.ed. - São Paulo, Santos. 2010.

BORGES, R. DOHN, M. *O trabalho de equipe interdisciplinar*. In: CUTOLO, L. R. A. Manual de Terapêutica: assistência à família. Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, 2006. p. 129-46

BORGES, R., D'OLIVEIRA, A. F. P. L. The medical home visit a spece for interaction and communication in Florianópolis – SC. *Interface- Comunic. Saúde, Educ.*, v. 15, n. 37, abr/jun, 2011. p.461-72. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n4/05.pdf> > Acesso em 20 de Setembro de 2014.

BRASIL, *PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a

organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)., Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, *Portaria nº. 648 de 28 de março de 2006*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília, 1997. Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

BRASIL, *Treinamento Introdutório*. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília. 2000. Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cad02_treinamento.pdf> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

BRASIL. *Guia prático do programa saúde da família*. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Brasília, 2001. Disponível em < http://dab.saude.gov.br/docs/geral/guia_psf.pdf> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 3, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001. Disponível em < <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>> Acesso em 14 de maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial No. 610, de 26 de março de 2002. Institui o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas. Disponível em<<http://www.redeunida.org.br/promed/portaria.asp>> Acesso em 23 abril 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011*. Disponível em < <http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>> Acesso em 23 de abril 2014.

BRASIL. *Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas*. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação-Geral da Política de Recursos Humanos. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_16.pdf> Acesso em 23 de abril 2014.

BRASIL. *Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS*. 2. ed., rev. e atual., 2ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/principios_diretrizes.pdf > acesso em 12 de maio 2014.

BRASIL. *Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – Proesf*. Departamento de Atenção Básica – DAB. Disponível em <<http://dab2.saude.gov.br/sistemas/proesf/>> acesso em 12 de maio 2014

BUCHAM, J., SOCHALSKI, J. The migration of nursing: trends and policies. *Bulletin of the World Health Organization*, n. 82, 2004. p. 587-94. Disponível em

<http://www.intlnursemigration.org/sections/research/publications.shtml>> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

CAMARGO, Jr. K. R. et. al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Supl. 1. p. 58-68, 2008. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300011 > Acesso em 14 de maio de 2014.

CAMPOS, C. E. A. Os princípios da medicina de família e comunidade. *Revista APS*, Jul/Dez. v.8, n.2. 2005. p.181-90. Disponível em < <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/principios.pdf> > Acesso em 20 de Setembro de 2014.

CAMPOS, C. V. A., MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa Saúde da Família. *Rev. de Adm. Pública*, Rio de Janeiro, Mar/Abr, 42 (2), 2008. p. 347-68. Disponível em < <http://www.spell.org.br/documentos/ver/2289/satisfacao-no-trabalho-e-rotatividade-dos-medicos-do-programa-de-saude-da-familia> > Acesso em 20 de Setembro de 2014.

CAMPOS, C.J.G., Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde, *Rev Bras Enferm*, v. 57, n.5, p. 611-614, set/out 2004. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf> > Acesso em 12 de maio de 2014.

CAMPOS, F. C. C. FARIA, H. P. SANTOS, M. A. *Planejamento e avaliação das ações em saúde*. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2.ed. Belo Horizonte. 2010. 110p. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3901.pdf>. Acesso em 20 de Setembro de 2014.

CAMPOS, F. E. et. al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. *Rev. Bras. Educação Médica*. Rio de Janeiro. v.35, n .2. Mai/Ago. 2001. Disponível em http://www.abenfisio.com.br/biblioteca/biblioteca/Artigos/formacao_profissionais.pdf> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

CAMPOS, G. W. S. *Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde*. In: Merhy, E. E. Onocko, R. (Org.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

CANABRAVA, C. M., et. al. Sistema Único de Saúde e o terceiro setor: caracterização de entidades, não hospitalares, que possuem serviços em atenção básica de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Jan. v. 23, n.1. p.115-26. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000100013&script=sci_arttext > Acesso em 20 de Setembro de 2014.

CARLOTTO, M. S., CÂMARA, S. G. Propriedades psicométricas do questionário de satisfação no trabalho. *Psico USF*, Bragança Paulista, v.13, n. 2. 2008. p.203-10.

Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712008000200007> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

CASANOVA, F. *Abordagem Familiar*. In: CUTOLO, L. R. A. Manual de Terapêutica: assistência à família. Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, 2006. p. 32-43

CASTILHO, A. Dinâmica do trabalho de grupo. 3º ed. Rio de Janeiro. Qualitymarck, 2004.

CECCIM, R. B., FEUERWERKER, L. C. Mudanças na graduação das profissões de saúde sobre o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, v 20. n. 5. set-out. p. 1400-10. 2004b. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000500036&script=sci_arttext> Acesso em 12 de maio 2014.

CECCIM, R. B., FEUERWERKER, L. C. O quadrilátero da formação para a área da saúde sob o eixo da integralidade: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Socia. *Physis*, v.14, v. 1, p 41-65, 2004a. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>> Acesso em 12 de maio 2014.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade explorada. *Cad. Saúde Pública*. v.13. 1997. p. 469-78. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v13n3/0171.pdf> > Acesso em 20 de Setembro de 2014.

CEZAR-VAZ, M. R. et. al. Estudo com enfermeiros e médicos da atenção básica à saúde: uma abordagem socioambiental. *Texto e Contexto Enferm*. Florianópolis, Out/Dez. v.16. n.4. 2007 p.654-53. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a08v16n4> > Acesso em 20 de Setembro de 2014.

COLOMÉ, I. C. S., LIMA, M. A. D. S. Desafios do trabalho em equipe para enfermeiras que atuam no Programa Saúde da Família. *Rev. Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, Dez. v.27, n. 4. 2006. p. 548-56. Disponível em < <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Bn8k2MkRo18J:www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/4640/2556+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

COMBINATO, D. S. et. al. Grupos de conversa: Saúde da pessoa idosa na estratégia saúde da família. *Psicologia e Sociedade*. v.22, n.2. 2010. p.558-68. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n3/v22n3a16.pdf>> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

CONÇALVES, R. J. et. al. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Rev. Bras. de Educação Médica*. v. 33 n 3, 2009. p. 382-92. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022009000300009&script=sci_arttext> Acesso em 14 de maio de 2014.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Supl. 1. P 7-16, 2008. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf>> Acesso 14 de maio de 2014.

CONILL, E. M. Políticas de Atenção Primária e Reforma Sanitária: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa de Saúde da Família em Florianópolis, Brasil, 1994-2000. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18 Supl. 1. P. 191-202, 2002. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13805.pdf>> Acesso em 14 de maio 2014.

COSTA, R. K. S., ENDERS, B. C., MENEZES, R. M. P. Trabalho em equipe de saúde: uma análise conceitual. *Cienc. Cuid. Saúde*, Out/Dez. v.4, n.7, 2006. p.530-36. Disponível em < http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/1/3102/1/2008ART_Trabalhoemequipe_BerthaCruzEnders.pdf?origin=publication_detail> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

COTTA, R. M. M. et. al. Organização do Trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reconstrução da atenção básica em saúde. *Epidemiologia e Serviço de Saúde*, v. 15, n.3. 2006. p. 7-18. Disponível em < http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300002 > Acesso em 20 de Setembro de 2014.

COTTA, R. M. M., et. al. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Rev. Panam. Saúde Pública*. v.10, n. 1. 2001. p. 54-55, Disponível em < http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892001000700007&script=sci_arttext> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

DANTAS, A. M. A terceirização do Programa Saúde da Família: prática ilegal. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 12, n. 1399, 1 maio 2007. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/9825>>. Acesso em: 20 out. 2014.

DAVID, H. M. S. L. Organização do trabalho de enfermagem na atenção básica: uma questão para a saúde do trabalhador. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis Abr-Jun. 18 (2). 2009. p. 206-14. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/02.pdf> > Acesso em 20 de Setembro de 2014.

DEMENECK, K. A. Características da Atenção Primária à Saúde. *Arquivos Catarinenses de Medicina* v. 37. N. 01. 2008. p. 84-90. Disponível em < <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/541.pdf>> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

DITTERICH, R. G., GABARTO, M. C. L., MOYSÉS, S. J. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família de Curitiba, PR. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.18, n.3, 2009. p.515-24. Disponível em < <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:wSV0BbR30zQJ:www.revistas.usp.br/sausoc/article/download/29620/31488+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br> > Acesso em 20 de Setembro de 2014.

ELIAS, et. al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.11, n.3, 2006. p.633-41. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30979.pdf>> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

ELIAS, P. E. et. al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.11 n. 3. 2006. p. 633-41. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em 14 de maio 2014.

ELSEN, I. *Cuidado Familiar: uma proposta inicial de sistematização inicial*. In: Elsen, I, Marcon, S. S. Silva, M. R. S. (Org). O viver em família e sua interface com a saúde e doença. Maringá: Eduen. 2004. p. 11-24

ELSEN, I. *Cuidado Familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual*. In: ELSEN, I. (Org). O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Eduem, Maringá, 2002. P. 11-24

ELSEN, I. *Desafios da enfermagem no cuidado da família*. In: BUB, LIR (Org). Marcos para a prática de enfermagem com famílias. Florianópolis. UFSC. 1994. p. 61-77

FACCHINI, L. A. et. al. Desempenho do PSF no sul e no nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* n.11 3 2006 p. 669-81 2005. p. 231-42. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232006000300015&script=sci_arttext > Acesso em 20 de Setembro de 2014.

FADAEL, C. B. et. al. Interesse e satisfação profissional de quem atua em equipes do programa saúde da família no noroeste paulista. *Rev. Mim. Enferm.* Jan-Marc. 12 (11). 2008. p. 74-70. Disponível em < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3272.pdf> > Acesso em 20 de Setembro de 2014.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M.; SILVA, L. B. Limitações e possibilidades no desenvolvimento do trabalho com grupos na estratégia saúde de família. *Rev. Mim. Enferm.* Jul/Set. v.12, n.3. 2008. p.335-41. Disponível em < <http://reme.org.br/artigo/detalhes/274> > Acesso em 20 de Setembro de 2014.

FEUERWERKER, L. *Além do discurso de mudança na educação médica – processos e resultados*. São Paulo: Hucitec, 2002.

FEUERWERKER, L. C. M., MERHY, E. E. A construção da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de prática. *Rev. Panam Salud Publica*. 24 (3), 2008. p.180-8. Disponível em <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n3/a04v24n3.pdf>> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

FLEURY-TEIXEIRA, P. et. al. Autonomia como categoria central no conceito de promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 13 (Supl.) 2008. p.2215-22. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900016> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

FOUCAULT, M. *Arqueologia do saber*. 2 ed. Rio de Janeiro, Forence, 1986.

Franco TB, Merhy EE. *PSF: contradições e novos desafios*. In: Conferência Nacional de Saúde. Tribuna Livre 2000. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna.htm>> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

FRANCO, T., MERHY, E. PSF: contradições e novos desafios. *Conferência Nacional de Saúde On-line. Tribuna Livre*. [site da Internet]. Disponível em: <<file:///C:/Users/Admin/Documents/Mestrado%20Saude%20Coletiva/Novo%20Projeto/psf%20desafios%20e%20contradi%C3%A7oes.pdf>> Acesso em 14 de maio 2014.

FRIEDRICH, D. B. C., PIERANTONI, C. R. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.1, 2006. p.83-97. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312006000100006> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

GALLEGO, C. F. et. al. *Visita domiciliar programada de enfermeira a personas mayores de 65 años*. Madrid (ES): Instituto de Salud Carlos III; 2002. Disponível em: <http://bvs.isciii.es/mono/pdf/INVESTEN_02.pdf> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

GIACOMOZZI, C. M. LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia saúde da família. *Texto e Contexto Enferm*. Florianópolis. Out/Dez. v4., n.15, 2006. p.645-53. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a13.pdf>> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21 n. 2, marc-abr, 2005. p. 490-98. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200015> Acesso em 14 de maio de 2014.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, v.22, n.6, 2006 p 1171-81. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000600006&script=sci_arttext> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

GIRARDI, S. N. et. al. *Precarização e qualidade do emprego no Programa Saúde da Família*. Relatório de Pesquisa – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. Belo Horizonte, 2007. 208p. Disponível em <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2430.pdf>> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

GOMES, et. al. 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*, 18 Sup. 2011. p. 881-92. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700020> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

GONÇALVES, A. S. R. *Prazer e sofrimento no trabalho de docentes da saúde em Universidade Pública da Região Amazônica*. [Tese]. Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSC. Florianópolis. 2007. Disponível em <<http://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/94119>> Acesso em 20 e Setembro de 2014.

HARZHEIM, E., VICENTE, V. C., PITZ, P. B. La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina y Europa. Disponível em <http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos_formacion/acerca_de/HARZHEIM.CASADOVICENTE-Formacion_profesional_para_la_APS.pdf> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

HUBNER, L. C. M., FRANCO, T. B. O programa médico de Família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que complete os princípios e diretrizes do SUS. *PHYSIS. Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.1. 2007. p.173-91. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100010> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

IBAÑEZ, N. et. al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva* v.11, n.3. 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30983.pdf> > Acesso em 20 de Setembro de 2014.

JAPIASSU H. *Interdisciplinar e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Editora Imago; 1997.

JUSTIN ALLEN, et. al. *Definição Europeia de Clínica Geral e Medicina Familiar*. [s.l.] WONCA, Europa, 2002. Disponível em <<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/European%20Definition%20in%20Portuguese.pdf> > Acesso em 14 de maio 2014.

KAHHALE, E. M. P. *Psicologia na saúde: em busca de uma leitura crítica e de uma atuação comprometida*. In: Bock. A. M. B. (Org.). *A perspectiva sócio-histórica na formação em psicologia*. Petrópolis, Rj. 2003. p.161-91

KAKEHASHI, T. V., SILVA, C. V. O cuidado da criança e da família: das reflexões teóricas a sua aplicação na prática profissional do cotidiano. *Rev. Família, Saúde e Desenvolvimento*. v. 3, n. 1. 2001. p. 15-20. Disponível em <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/refased/article/view/4950>> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

KELL, M. C. G., SHIMIZU, H. E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? *Ciência e Saúde Coletiva*. 15 (Supl.) 2010. p.1533-41. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000700065&script=sci_arttext> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

KLINE, D. S. Push and pull factors in international nurse migration. *Jornal of Nursing Schoularship*, v 35, n 2, June 2003, p. 107-17. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12854289> > Acesso em 20 de Setembro de 2014.

KOERICH M. S., et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, vol. 15 (Esp). p. 178-85. 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea22>> Acesso em 14 de maio.

LIMA, R.A.G. *A enfermagem na assistência à criança com câncer*. Goiânia: AB, 1995.

LIONELLO, C. D. L. et. al. O fazer das enfermeiras da estratégia saúde da família na atenção domiciliar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v.33, n.4, 2012. p. 103-10. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400013> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

LOCH-NECKEL, G. et. al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14 Supl.2009. p.1463-72. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000800019&script=sci_arttext> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

LOPES, M. C. L. L., MARCON, S. S. Assistência à família na atenção básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde. *Acta Scientiarum*. Maringá, v. 4, n 1, Jan/Jun, 2012. p.85-93. Disponível em <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:L4J3P8x_NBAJ:periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/download/7624/pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

MACHADO, H. B. et. al. Identificação de riscos na família a partir do genograma. *Farm. Desenv. Curitiba*, Mai/Ago. v.7, n.2, 2005. p. 149-57. Disponível em <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/refased/article/viewFile/8042/5665>> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

MACHADO, M. H. *Programa de Saúde da Família no Brasil, algumas considerações sobre o perfil de médicos e enfermeiros*, In: Souza, M. F. Organizador. Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo. Editora Hucitec,; 2002. p. 125-32

MACHADO, M. H., OLIVEIRA, E. S., MOYSES, N. M. N. *Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil*. In: Pierantoni, C. DAL POZ, M. R. FRANÇA, T. (Org). O trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. 1 ed. Rio de Janeiro. CEPESC, UERJ. p.103-116

MACINKO, J. GUANAIS, F. C., SOUZA, M. F. M. Evaluation of the impacto f the Family Healt Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J. Epidemiol Community Health* n.60. 2006. p.13-30. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16361449>> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

MAFFACCIOLLI, R., LOPES, M. J. M. Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. *Ciência e Saúde Coletiva*. 16 (Supl.). 2011. p. 973-82. Disponível em <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700029 > Acesso em 20 de Setembro de 2014.

MANO, M. A. M. Casa de Família - Uma reflexão poética sobre visita domiciliar e a produção de conhecimento. *Rev. APS*, v.12, n.4. Out/Dez, 2009. p.459-67. 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=555337&indexSearch=ID> > Acesso em 20 de Setembro de 2014.

MARASQUIM, H. G., et, al. Visita Domiciliar: O olhar da comunidade da quadra 603 Norte, Palmas (TO). *Rev. UFG*, Vol. 6, No. Especial, dez 2004. Disponível em < http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/familia/H_visita.html > Acesso em 20 de Setembro de 2014.

MARTINEZ, M. C., PARAGUAY, A. I. B. B. Satisfação e saúde no trabalho – aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, v.6, 2003. p. 59-78. Disponível em < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-37172003000200005&script=sci_arttext > Acesso em 20 de Setembro de 2014.

MARX, K. *O capital*. 7 ed. Sarl, Coimbra, 1974.

MATUMOTO, S. et. al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. jan/fev, v.1 n.19. 2011. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_17.pdf > Acesso em 20 de Setembro de 2014.

MELLO, D. F. et. al. Genograma e Ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia saúde da família. *Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.* v.15, n.1. 2005. p.78-89. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822005000100009&script=sci_abstract> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

MELO, E. M. A organização da Atenção Básica em município integrantes do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família em Mato Grosso, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 24 Sup. 2008. p. 529-41. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300009 > Acesso em 20 de Setembro de 2014.

MELO, M. B., BARBOSA, M. A., SOUZA, P. R. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. *Rev. Latino Americana de Enf.* Ribeirão Preto, Jul/Ago, v. 19, n.4, 2011. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_26.pdf > Acesso em 20 de Setembro de 2014.

MELO, R. J. *Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica: os discursos ideo-políticos do Ministério da Saúde*. [Dissertação] Universidade Federal do Espírito Santo. 2009. Disponível em <<http://web3.ufes.br/ppgps/sites/web3.ufes.br/ppgps/files/Rutineia%20J.%20de%20Melo.pdf>> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

MENDES GONÇALVES, R.B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

MENDES, E. V. O. *Dilema fragmentado ou interação dos sistemas de saúde: por sistemas integrados de serviço de saúde: os grandes dilemas do SUS*. Casa da Qualidade, Salvador, 2001.

MERCER, H. et. al. *Human resources for health: developing policy for chances*. In: Ferrinho, P. Dalpoz, M. (Org.). *Towards a global health workforce strategy*. Genève: OMS, 2003. p.451-82

MERHY E. E. *Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde)*. In: Cecílio LCO, organizador. *Inventando a mudança na saúde*. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 1997. p.117-25

MERHY, E. E. *Saúde, a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo. Hucitec. 2002.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. *Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea*. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (org.) *Leituras de novas tecnologias e saúde*. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. 285 p.

MINUCHUM, S., MINUCHIM, P., COLAPATINO, J. *Trabalhando com famílias pobres*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999. 230p.

MOIMAZ, S. A. S. et. al. *Saúde da família: o desafio de uma atenção coletiva*. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16 (Supl.) 2011. p.965-72. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700028> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

MORENO, V. *Enfermeiras de unidades básicas de saúde: visão sobre a família*. *Rev. de Enfermagem da Rede Nordeste*, v. 9, n.1. 2008. p.9-18. Disponível em < <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/511>> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

MORETTI-PIRES, R. O. *Complexity in Family Healthcare and the training of future health care professionals*. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, Jul./Set., v.13, n.30, 2009.p.153-66. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000300013&script=sci_arttext > Acesso 20 de Setembro de 2014.

MORETTI-PIRES, R., CAMPOS, D. A. *Equipe multiprofissional em saúde da família: do documental ao empírico no interior da Amazônia*. *Rev. Bras. de Educação Médica*. Rio de Janeiro Jul/Sep. v.34, n.3 . 2010. p. 379-389. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022010000300007&script=sci_arttext > Acesso em 20 de Setembro de 2014.

NASCIMENTO, D. D. G., OLIVEIRA, M. A. C. *Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em saúde da família*. *Saúde e Sociedade*. v.19, n. 4. 2010. p.814-27. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902010000400009&script=sci_arttext> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

NASCIMENTO, J. S. et. al. Visitas domiciliares como estratégias de promoção da saúde pela enfermagem. *Rev. Bras. Promoc. Saúde*, Fortaleza. v.26, n.4, Out/Dez. 2013. p.513-22. Disponível em < <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/3116>> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

NETO, M. M. C. *A implantação da Unidade de Saúde da Família*. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília. 2000. Disponível em < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf > Acesso em 20 de Setembro de 2014.

NOGUEIRA, M. J., FONSECA, R. M. G. S. A visita domiciliar como método de assistência em enfermagem da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.11, n1, 1997. p. 28-50.

OLIVEIRA, E. M., SPIRI, W. C. *Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional*. *Rev. Saúde Pública*. v.4, n.40. 2006. p.732-33. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500025> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

OLIVEIRA, E. M., SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência da equipe multiprofissional. *Rev. de Saúde Pública*. v. 40, n. 4, 2006. p. 723-33. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/25.pdf>> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

OLIVEIRA, J. L. C. SALIBA, N. A. Atenção odontológica no Programa Saúde da Família de Campos de Goytacazes. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17 (3) 2004. p. 297-302. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500030 > Acesso em 20 de Setembro de 2014.

OLIVEIRA, M. M. et. al. O profissional enfermeiro e a atuação na atenção primária à saúde. *Rev. Enfermagem. Saúde*, Pelotas, v.1 n.1. p. 184-189, jan-mar, 2011. Disponível em < <http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/viewFile/3422/2813>> Acesso em 14 de maio 2014.

OLIVEIRA, R. G., MARCON, S. S. Trabalhar com famílias no Programa Saúde da Família: a prática do Enfermeiro em Maringá – PR. *Rev. Escola de Enfermagem da USP*. v. 41, n. 4, 2006. p. 65-72. Disponível em < <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/304.pdf>> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

OLIVEIRA, S. F., ALBUQUERQUE, F. J. B. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores. *Psicologia e Sociedade*. v.20, n.2. 2008. p. 237-46. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822008000200011&script=sci_arttext > Acesso em 20 de Setembro de 2014.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et. al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Rev. Saúde Pública*. v.46, n. 1. 2012. p.43-50. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000100006&script=sci_arttext> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Desempenho em equipes de saúde – Manual. Rio de Janeiro. Ministério da Saúde. 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Projeto de desenvolvimento de sistema e serviços de saúde: experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil*. Ministério da Saúde/OPAS. Brasília, 2004. Disponível em < file:///C:/Users/Admin/Downloads/projeto-de-desenvolvimento-de-sistemas-e-servicos-de-saude-serie-tecnica-n-08-[443-090212-SES-MT].pdf > Acesso em 20 de Setembro de 2014.

PAIM, J. S. *Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde*. In: Paim, J. S. Saúde: política e reforma sanitária. Salvador: Cooptec. 2002.

PAVARINI, S. C. I. et. al. Genograma: avaliando a estrutura familiar de idosos de uma unidade de saúde da família. *Rev. Eletrônica de Enfer.* v.1, n.10. 2008. p.39-50. Disponível em < <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a04.htm> > Acesso em 20 de Setembro de 2014.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional em saúde: a interface entre o trabalhador e interação. [Tese]. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998. Disponível em < <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ID8DVMqP82sJ:www.ee.u.br/graduacao/eno335/doc/TRABALHO%2520EM%2520EQUIPE.doc+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br> > Acesso em 20 de Setembro de 2014.

PEREIRA, A. P. S. et. al. O genograma e ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. *Rev. Bras. Enfermagem*. Mai/Jun. v.62., n.3, 2009. p.407-16. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300012 > Acesso em 20 de Setembro de 2014.

PEREIRA, et. al. *Assistência domiciliar-instrumento para potencializar processos de trabalho na assistência e na formação*. In: Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Estudos e Análise. BARROS, A. F. R. et. al. (Org.), Brasília, Ministério da Saúde. 2004

PEREIRA, M. P. B., BARCELLOS, C. O território no programa saúde da família. *HYGEIA*. v.2, n.2. Jun. 2006. p.47-55. Disponível em < <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16847> > Acesso em 20 de Setembro de 2014.

PEREIRA, MG. *Epidemiologia. Teoria e prática*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2005.

PIERANTONI, C. R., VARELLA, T. C. FRANÇA, T. *Recursos Humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática*. In: Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Estudos e Análise. BARROS, A. F. R. et. al. (Org.), Brasília, Ministério da Saúde. 2004

PINHEIRO, R. CECCIM, R. B. *Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetuar o ensino da integralidade*. In: PINHEIRO, R., CECCIM, R. B. MATTOS, R. A. (org). Ensinar

saúde: integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro, CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2011.p. 13-35.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. *Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade*. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro. IMS/UERJ. 2003. P. 7-34.

PIRES, D. E. P. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Rev. Bras. Enfer.* Brasília, Set/Out. v.62, n. 5, 2009. p.739-44. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000500015&script=sci_arttext> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

PIRES, D. E. P. Inovações tecnológicas no setor de saúde e aumento das cargas de trabalho. *Tempus Actas Saúde Coletiva*, Brasília, v.6., n. 2. 2012. p.45-59. Disponível em <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:wizCbNCglkJ:www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1113/1026+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

PIRES, D. E. P. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. 2 ed. Annablume, São Paulo, 2008.

PIRES, M. R. G. M., GÖTTEMS, L. B. D. Análise da gestão do cuidado no Programa Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. *Rev. Bras de Enfer.* Brasília. Mar/Abr. v.2, n.62. 2009. p. 294-9. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200020 > Acesso em 20 de Setembro de 2014. B

REHEM, T. C. M. S. B. TRAD, L. A. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 Sup., 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000500024&script=sci_arttext> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

RICO, A., SALTMAN, R. Un mayor protagonismo para la atención primaria? Reformas organizativas de la atención primaria de salud em Europa. *Rev. Admin. Sanit.* v.21, n.6.2002. p.39-67. Disponível em <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656707709162> > Acesso em 20 de Setembro de 2014.

ROCHA, S.M.M. *Puericultura e enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1987.

ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P.de. O processo de trabalho de enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. *Rev. Latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, v.8, n. 6, p 96-101, dezembro 2000. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n6/12354.pdf> > Acesso 14 de maio 2014.

RODRIGUES, et. al. Processo de Interação ensino, serviço e comunidade: a experiência de um PET- Saúde. *Rev. Bras. de Educação Médica*. (1 Supl.) 2012. p.184-92. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s2/a27v36n1s2.pdf>> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

ROMANCHOLI, R. M. Z. CYRINO, E. G. Home visits in doctors' training: from conception to the challenge of practice. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v.16, n.42, Jul/Set. 2012. p.693-705. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012000300009&script=sci_arttext> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

RONZANI, T. M. SILVA, C. de M. O programa Saúde da Família segundo os profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciência e Saúde Coletiva* 13 (1). 2008. p. 23-34. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100007 > Acesso em 2014.

SANT'ANA, A. M. A propósito da Medicina de Família. *Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade*, São Paulo, v. 1, n.1, p. 24-28, jun.2000. Disponível em < <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/6> > Acesso em 20 de Setembro de 2014.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Por uma concepção multicultural de direitos humanos, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n. 48, p. 11-32. 1997. Disponível em <http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/pdfs/Concepcao_multicultural_direitos_humanos_RCCS48.PDF>, acesso em 12 de abril 2014.

SANTOS, E. M., MORAIS, S. H. G. A visita domiciliar na estratégia saúde da família: percepções de enfermeiros. *Cogitare Enferm.* v.16. n.3. Jul/Set. 2011. p.492-7. Disponível em < <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/21761>> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

SANTOS, M. A. B. Terceirização da prestação de serviços de saúde no SUS: o caso das análises clínicas. [Tese] Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, 2012. Disponível em < <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:FJ2ZriKVJbMJ:bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php%3Fid%3D3022+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br> > Acesso em 20 de Setembro de 2014.

SCHMIDT, Sandra Marcia Soares *O processo de formação dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia, nos serviços de atenção básica*. [tese] / Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2008. Disponível em < <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/92159/261373.pdf?sequence=1>> Acesso em 12 de abril 2014.

SECO, G. B. *A satisfação na atividade docente*. Coimbra. Universidade de Coimbra, 2000.

SILVA, G. B. *Enfermagem profissional: análise crítica*. São Paulo: Cortez, 1986.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. Team work in the PSF: investigating the technical articulation and interaction among professionals, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, set.2004/fev. 2005. p.25-38. , v.2. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100003 > Acesso em 20 de Setembro de 2014.

SILVA, K. L., et. al. Atenção Domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Rev. Saúde Pública.* v.44, n.1. 2010. p.166-76. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n1/18.pdf>> Acesso em 20 de Setembro de 2014.

SILVA, M. C. L. S. R., SILVA, L. BOUSSO, R. S. A abordagem à família na estratégia saúde da família: uma revisão integrativa da literatura. *Rev. Esc. Enfer. USP.* v.5, n.45. 2011. p.1250-5. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000500031&script=sci_arttext > Acesso em 20 de Setembro de 2014.

SILVA, R. F. TANAKA, O. Y. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. *Rev. Esc. Enf. USP.* V.33 n.3, ste, 1999. p. 207-16. Disponível em <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/685.pdf> > Acesso em 12 de maio 2014.

TOMASI, E. FACCHINI, L. A. PICCINNI, R. X. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública.* vol.24, supl.1, p.193-201. 2008. Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2008001300023&script=sci_arttext> Acesso em 14 de abril de 2014.

SOARES, S. M., FERRAZ, A. F. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologia. *Esc. Anna Nery Rev. de Enferm.* Março, v.12, n.1. 2007. p.52-7

SOUZA, M. F., HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta. *Ciência e Saúde Coletiva.* 14 (Supl.). 2009. p.1325-35

STAUDT, D. T. A interdisciplinaridade em atenção básica à saúde. *Boletim da Saúde.* Porto Alegre. Jan/Jun, v.22, n.1.2008. p.75-84

STRALEN, C. J. V. et. al. Percepções dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na região Centro-Oeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro. 24 (Supl.), 2008. p. 148-58

TAMAKI, E. M. et. al. A incorporação da avaliação da atenção básica no nível estadual do Sistema Único de Saúde através de processos participativos de ensino-aprendizagem-trabalho. *Rev. Bras. Matern. Infant.,* Recife, 10 (Supl.), Nov. 2010. p.201-08

TEIXEIRA, C. P. Visita domiciliar: um instrumento de intervenção. *Sociedade em debate,* Pelotas, v. 15, n. 1., Jan/Jun. 2009. p.165-78. Disponível em <<http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/365> > Aceso em 20 de Setembro de 2014.

TERRES, H. C. *Avaliação de um programa educativo em diabetes mellitus com indivíduos portadores de diabetes tipo 2 em Belo Horizonte – MG.* [Tese] Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2004.

TOMASI, et. al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 24 Sup. 2008. p. 193-201.

TORRES, H. C. et. al. Capacitação de profissionais da atenção primária à saúde para educação em Diabetes Mellitus. *Acta Paul Enferm.* v.23, n.6. 2010. p.751-6.

VALENTE, S. H., TEIXEIRA, M. B. Estudo fenomenológico sobre a visita domiciliar do enfermeiro à família no processo de terminalidade. *Rev. Enferm. USP.* 43(3), 2009. p. 655-61

VASCONCELOS, M., GRILLO, M. J. C., SOARES, S. M. Práticas pedagógicas em Atenção Básica. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2.ed. Belo Horizonte. 2009. 74p

WALDMANN, E. A. *Vigilância em Saúde Pública.* v.7 São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Saúde & Cidadania, 2002.

ANEXOS

ANEXO 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Obrigatório para Pesquisas Científicas em Seres Humanos – Resolução nº196/96-CNS)

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, da pesquisa **Perfil de Médicos e Enfermeiros referente à Atenção Primária à Saúde no município do Guarujá**. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não terá nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que recebe assistência. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Ribeirão Preto (16) 36037000. O objetivo desse estudo é **Identificar o perfil de médicos e enfermeiros que trabalham nas unidades de saúde pertencentes à Atenção Primária, do município de Guarujá-SP**. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas de um questionário com questões de alternativa e abertas referentes à sua formação e atuação profissional na Estratégia da Saúde da Família. Na pesquisa não há riscos somente um possível desconforto que você possa apresentar ao responder as perguntas pelo tempo dispendido ao preenchimento. Os benefícios para você enquanto participante da pesquisa, é de contribuir para um estudo no qual visualiza a atuação do profissional nessa área. Caso você não queira participar da pesquisa e apresentar a garantia expressa de liberdade de retirar o consentimento não há prejuízo da continuidade dessa pesquisa. Os dados referentes à sua pessoa serão confidenciais e garantimos o sigilo de sua participação durante toda pesquisa, inclusive na divulgação da mesma. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Você receberá uma cópia desse termo onde tem o nome, telefone e endereço do pesquisador responsável, para que você possa localizá-lo a qualquer tempo. Seu nome é Josué Souza Gleriano, telefones (inclusive ligações a cobrar): (13) 81383077, e-mail: josue_gleriano@hotmail.com. Considerando os dados acima, CONFIRMO estar sendo informado por escrito e verbalmente dos objetivos desta pesquisa.

Eu....., idade:..... sexo:.....Naturalidade:.....portador(a) do documento RG Nº:.....declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura do participante ou responsável: _____

Assinatura do pesquisador principal: _____

Assinatura do pesquisador principal: _____

Testemunha:

Data (Cidade/dia mês e ano) _____ de _____ de 20____.

ANEXO 2- INSTRUMENTO DE PESQUISA**Enfermeiros e Médicos.**

Caro Colega,

Estamos convidando o senhor(a) a participar da Pesquisa Perfil de Médicos e Enfermeiros na Atenção Primária a Saúde.

Visando a caracterização dos profissionais que estão atuando nas unidades de saúde, solicitamos sua colaboração, respondendo as informações abaixo e em anexo.

Esta será utilizada na pesquisa acadêmica, desde que haja consentimento mediante a assinatura de termo específico e aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa. Desejamos que esse projeto contribua e auxilie para a sua prática e sua formação profissional continuada.

Equipe Pesquisadora.

1- INFORMAÇÃO ADMINISTRATIVA

- 1.1 Data do preenchimento do questionário: ____ / ____ / ____.
- 1.2 Unidade de Federação: (UF) _____
- 1.3 Município: _____
- 1.4 Unidade de Saúde: Nome do PSF _____.
- 1.5 Em que tipo de unidade de Saúde da Família você trabalha?
- Unidade Saúde da Família
 - Unidade Básica Tradicional: (Unidade Sanitária SEM Estratégia de Saúde da Família)
 - Unidade Mista: Saúde da Família + Unidade Básica Tradicional no mesmo local.
 - Unidade Mista: Saúde da Família localizada em Hospital
 - Unidade Mista: Saúde da Família + Pronto Atendimento 24 horas no mesmo local
 - Não sei/ não se aplica

Localização: Zona Rural Zona Urbana Ambas

2- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

2.1 Sexo Masculino Feminino

2.2 Qual você diria que é a cor da sua pele?

Negra Branca Amarela Parda Indígena

2.3 Idade _____.

2.4 Estado civil _____.

2.5 Filhos sim não

2.6 Que tipo de vínculo empregatício você possui neste serviço?

Estatutário

CLT

Cooperativa

Contrato Temporário.

Outros.

Qual?

3- FORMAÇÃO

3.1 Profissão (marque apenas a que exerce no momento)

Médico (a) Enfermeiro (a)

3.2 Conselho Profissional _____.

3.2 Instituição de Formação _____.

Instituição Pública Instituição Particular

3.4 Ano de Conclusão da Graduação- curso superior: _____.

3.5 Especialização(ões) /pós-graduação(ões):

- () Não (pule para 4.1)
 () Sim
 () Em andamento, ainda não concluída.

3.6 Qual(ais)? Quando concluiu (ou ano previsto para conclusão)?

Curso de Especialização. Qual(is)?

Ano de Conclusão

- 1- _____
 2- _____
 3- _____

Mestrado. Qual área?

- 1- _____

Doutorado. Qual área?

- 1- _____

Residência Médica. Qual(ais)?

 Medicina de Família e Comunidade/ Geral comunitária

 Ginecologia e Obstetrícia

 Geriatria

 Medicina Interna

 Pediatria

 Outras. Quais?

- 1- _____

- 2- _____

Titulo de Especialista da Associação Medica Brasileira. Qual (ais)?

- 1- _____

- 2- _____

Residência em outra área da saúde? Qual?

- 1- _____

Residência Multiprofissional? Qual?

- 1- _____

4 - PERFIL PROFISSIONAL

4.1- Mês/Ano que ingressou pela primeira vez na Atenção Primária à Saúde independente do município ou unidade em que trabalha atualmente:

(mm/aaaa) ____/____.

4.2- Na atual função profissional no atual município. (mm/aaaa)
____/____.

4.3- Na atual função profissional na atual unidade. (mm/aaaa)
____/____.

4.4- Recebeu treinamento introdutório? () Não () Sim

4.5- Você é o coordenador da sua unidade? () Não () Sim

4.6- Qual o grau de satisfação com o apoio prestado a você pelo coordenador desde serviço de saúde? (Se for o coordenador da unidade, responda em relação ao apoio pelo coordenador da Saúde da Família do município).

() Excelente () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

4.7- Qual o grau de satisfação com o relacionamento entre membros da sua equipe de saúde?

() Excelente () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

4.8- Qual o grau de satisfação com o relacionamento entre a comunidade e seu serviço de saúde?

() Excelente () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

4.9- Qual o grau de satisfação com seu trabalho na sua unidade de saúde?

() Excelente () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

4.10 Por quê? (referente à questão 4.9 – texto livre)

4.11- Qual o grau de satisfação com o sistema de serviços de saúde do seu município?

() Excelente () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

4.12- Você recebe algum bônus ou financiamento dependendo de sua experiência

profissional previa de trabalho na Estratégia Saúde da Família (plano de carreira ou assemelhado)?

Não Sim Não sei

4.13- Você recebe algum bônus ou benefício financeiro por causa da sua qualificação profissional na área da Saúde da Família (Residência ou Especialização na área de Medicina da Família e Comunidade ou da Saúde da Família)?

Não Sim Não sei

4.14- Você recebe algum bônus ou benefício financeiro como premiação por alcançar determinadas metas?

Não Sim Não sei

4.15- Qual o seu grau de satisfação com o seu salário na Estratégia Saúde da Família?

Excelente Bom Regular Ruim Péssimo

4.17- Qual seu grau de satisfação com o tipo de vínculo empregatício que você possui na Estratégia Saúde da Família?

Excelente Bom Regular Ruim Péssimo

4.19- Qual a sua carga horária semanal na Unidade de Saúde? ____ horas/semanal

4.20- Em quantos locais você trabalha fora da Unidade de Saúde? _____ locais.

4.21- Quantas horas você trabalha por semana, levando em consideração todos os seus locais de trabalho? _____ horas/semana.

4.22- Qual o numero médio de consultas por semana que você atende na Unidade de Saúde: _____ consultas/semana

4.23- Qual a porcentagem das consultas na unidade são agendadas? (consultas planejadas com antecedência pelo profissional ou paciente, com hora marcada; não incluir consultas espontâneas, marcadas no mesmo dia ou “fichas” previstas para distribuição no dia).

_____ % das consultas são agendadas.

4.25- Como você avalia a relação entre consultas agendadas para poucas espontâneas:

- () Muitas consultas agendadas para poucas espontâneas.
 () Poucas consultas agendadas e muitas espontâneas
 () Relação adequada entre consultas agendadas e espontâneas
 () Não sei.

7.13- Para desenvolver de forma adequada o trabalho nas Unidades de Saúde, algumas ferramentas são importantes. Avalie sua capacidade Marcando com um X classificando o grau de concordância com a frase “Sinto me capacitado nesta atividade”.

ABORDAGEM FAMILIAR

“Sinto-me capacitado nesse assunto”	Sempre	Frequentemente	As vezes	Ocasionalmente	Nunca
Entrevista Familiar					
Consulta individual com Abordagem Familiar					
Genograma/ “Familiograma”					
Intervenções terapêuticas familiares					

Comentários:

ABORDAGEM COMUNITÁRIA

“Sinto-me capacitado nesse assunto”	Sempre	Frequentemente	As vezes	Ocasionalmente	Nunca
Diagnostico de saúde da comunidade/ indicadores de saúde.					
Diagnostico de demanda da unidade.					
Definição de prioridade					
Planejamento das intervenções					

comunitárias.					
Execução das ações comunitárias					
Avaliação da implementação e do impacto das intervenções					
Vigilância em Saúde					
Observações:					
TRABALHO MULTIDISCIPLINAR					
Utilizar “Não se aplica” quando não há profissional que a linha indica (Exemplo: “com enfermeiros” se preenchido por enfermeiro quando não há outros enfermeiros na unidade ou “ com técnicas de higiene dental” quando não há equipe de saúde bucal na unidade. Quando há mais de uma equipe na mesma unidade as respostas podem ser marcadas para colegas da mesma profissão)					
“Sinto-me capacitado nesse assunto”	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Ocasionalmente	Nunca
Com Médicos (as)					
Com Enfermeiros (as)					
Com técnicos e Auxiliares de Enfermagem					
Com cirurgiões-dentistas					
Com técnicos de higiene dental					
Com auxiliares de consultório dentário					
Com agentes comunitários de saúde					

Com administrativo					
--------------------	--	--	--	--	--

Observações:

ATIVIDADES DE GRUPO

“Sinto-me capacitado nesse assunto”	Sempre	Frequentemente	As vezes	Ocasionalmente	Nunca
Metodologia					
Planejamento					
Desenvolvimento					
Avaliação					

Observações:

VISITA DOMICILIAR

“Sinto-me capacitado nesse assunto”	Sempre	Frequentemente	As vezes	Ocasionalmente	Nunca
Planejamento					
Priorização					
Consulta Domiciliar					
Desenvolvimento de Programa multidisciplinar de acompanhamento domiciliar					

Observações:

Muito Obrigado.

Suas respostas ajudarão no desenvolvimento dessa pesquisa. Abaixo você pode acrescentar algumas sugestões, comentários ou dúvida.
Atenciosamente,

Pesquisador Josué Souza Gleriano

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Médicos e Enfermeiros na Saúde da Família: Perfil e desempenho profissional na construção de nova prática de atenção a saúde

Pesquisador: Josué Souza Gleriano

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 22719613.6.0000.5498

Instituição Proponente: Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 452.727

Data da Relatoria: 13/11/2013

Apresentação do Projeto:

A concretização do SUS como modelo de assistência pública à saúde é orientada pelos princípios de universalidade, integralidade, equidade e controle social. Tais princípios vêm sendo buscados por meio de um modelo que tem como diretrizes organizativas: a regionalização, hierarquização e descentralização; diretrizes, portanto, que abrangem o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas

federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. p.1

"A relevância da presente pesquisa reside na oportunidade de apresentar a experiência de profissionais médicos e enfermeiros no nível de atenção primária à saúde, assim como identificar seu estado de conhecimento sobre esse nível, com o intuito de planejar ações de educação permanente para conscientização destes profissionais sobre o processo de trabalho na ESF. Objetiva-se identificar o perfil de médicos e enfermeiros que trabalham nas unidades de saúde pertencentes à Atenção Primária, do município de Guarujá- SP. p.2

Para tanto a hipótese do projeto: "A formação para o desempenho profissional nesse nível de atenção deve ser especializada em competências de conhecimentos específicos para conduzir a resolutividade do sistema de saúde e a própria organização do serviço de saúde." p.2

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.096-380
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6779 Fax: (16)3603-6817 E-mail: oetica@unaerp.br

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP



Continuação do Parecer: 452.727

Objetivo da Pesquisa:

"Identificar o perfil de médicos e enfermeiros que trabalham nas unidades de saúde pertencentes à Atenção Primária, do município de Guarujá- SP."

Objetivos Específicos: "Levantar o quantitativo dos Profissionais que estão atuando nas unidades de saúde no nível de Atenção Primária Comparar com o quantitativo de questionários entregues aos pesquisadores Levantar o perfil a partir das respostas e tabular quantitativamente as discussões."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há riscos

Benefícios:

A pesquisa propõe a colaboração para o Pólo de Educação Permanente da DRS IV como também um mapeamentos dos profissionais que estão em atuação neste nível de atenção.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia: "Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo analítico a partir da análise das respostas do questionário estruturado e aplicado. O estudo será realizado no município de Guarujá, Estado de São Paulo, criado em 30/06/1934, situado a 88 km da capital, possui uma população de 307.987 habitantes (Prefeitura Municipal Guarujá, 2013). O município conta com 10 Unidades Básicas de Saúde e 09 Unidades Saúde da Família (CNESDATASUS, 2013). Percebe-se que a adoção da Estratégia Saúde da Família é recente, tendo a adoção de transformar algumas unidades básicas em estratégia, processo que percebe no transcorrer de um ano mais ou menos por serviço de terceirização. São sujeitos de estudo os Médicos e enfermeiros das Unidades de Saúde que estejam com vínculo no nível de Atenção Primária a Saúde. Será utilizado um questionário estruturado desenvolvido pelo Telessaúde Brasil disponível no link http://www.tele.medicina.ufg.br/files/lb_acs.pdf, adaptado pelos pesquisadores, com informações dos profissionais de saúde. Os questionários serão auto-aplicados, mediante visita presencial do pesquisador e após será recolhido dando um prazo de dois dias para o preenchimento. Trata-se falar que trabalharemos com os questionários que forem devolvidos aos pesquisadores. Trata-se de uma pesquisa Científica realizada através de um questionário para compreender a temática central dessa pesquisa. Este só será aplicado mediante aceite pelo comitê de Ética e Pesquisa, em conformidade com a Resolução CNS 196/96, e após a leitura do termo de livre esclarecimento e

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.096-380
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6779 Fax: (16)3603-6817 E-mail: cetica@unaerp.br

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP



Continuação do Parecer: 452.727

não se opondo a este."

N= 80 médicos e enfermeiros.

"Os dados serão coletados e transferidos para uma planilha no EXCEL e submetidos a análise de frequência simples de variáveis relacionadas a caracterização dos sujeitos quanto a idade, sexo, profissão, formação em pós-graduação, tempo de formado, tempo trabalhando na ESF, além das variáveis vinculadas aos serviços, como satisfação com no trabalho, vínculo empregatício, tipo de serviço, composição da equipe, número de profissionais de nível superior, realização participação em reuniões de equipe."

Desfecho Primário:

"A relevância da presente pesquisa reside na oportunidade de apresentar a experiência de profissionais enfermeiros na atenção básica, assim como identificar seu estado de conhecimento sobre a atenção primária a saúde, com o intuito de planejar ações de educação permanente para conscientização destes profissionais sobre o processo de trabalho na ESF."

Desfecho Secundário:

"A pesquisa será entregue a Secretaria Municipal de Saúde em forma de relatório de pesquisa. Dispõe para publicação em revista científica e congressos temáticos de relevância internacional e nacional."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequado.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 06, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.096-380
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6779 Fax: (16)3603-6817 E-mail: cetica@unaerp.br

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP



Continuação do Parecer: 452.727

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado de acordo com a Resolução da CONEP 196/96.

RIBEIRAO PRETO, 10 de Novembro de 2013

Assinador por:
Luciana Rezende Alves de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.096-380
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6779 Fax: (16)3603-6817 E-mail: oetica@unaerp.br