



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

Janice Castilhos Gomes

**Atenção à saúde de gestantes, puérperas e bebês: o agir em
competência de equipes de saúde na atenção primária á saúde**

Porto Alegre 2014

Janice Castilhos Gomes

**Atenção à saúde de gestantes, puérperas e bebês: o agir em
competência de equipes de saúde na atenção primária á saúde**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Ensino na Saúde, à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde: Mestrado Profissional.

Orientador: Cristine Maria Warmling

Porto Alegre, 2014

CIP - Catalogação na Publicação

Castilhos Gomes, Janice

Atenção à saúde de gestantes, puérperas e bebês: o agir em competência de equipes de saúde na atenção primária á saúde / Janice Castilhos Gomes. -- 2014. 112 f.

Orientador: Cristine Maria Warmling.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

1. Saúde da Família. 2. Processo de Trabalho em Saúde. 3. Ergologia. 4. Competência. I. Maria Warmling, Cristine , orient. II. Título.

Janice Castilhos Gomes

**Atenção à saúde de gestantes, puérperas e bebês: o agir em
competência de equipes de saúde na atenção primária à saúde**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Ensino na Saúde, à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde: Mestrado Profissional.

Porto Alegre, 26 de setembro de 2014.

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação Atenção à saúde da gestante, puérpera e bebê e qualificação profissional de equipes de saúde, elaborada por Janice Castilhos Gomes, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Ensino na Saúde.

Comissão Examinadora:

Profa. Dra Cristine Maria Warmling (Fac. de Odontologia da UFRGS – Orientadora)

Profa. Dra Dulce Maria Bedin (Prefeitura Municipal de Sapucaia do Sul)

Profa. Dra Liane Beatriz Righi (Faculdade da UFRGS - Saúde Coletiva)

Prof. Dr. Paulo Albuquerque (Faculdade de Educação da UFRGS)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a meu amor Alexandre, companheiro de todas as horas que teve muitas vezes que assumir a função de pai, 'mãe', cozinheiro... Cuidando das crianças e de mim.

Aos meus maiores tesouros... Filhos: Lucas e Gabrielle, pela minha ausência em muitos momentos.

Ao meu saudoso pai, Carlos Gomes, que como seu nome, sempre me serviu de 'maestro' e modelo, por sua persistência, alegria e espírito de luta ante as dificuldades.

Minha querida mãe Maria Alice, que sempre me incentivou e apoiou nos meus estudos e conquistas de quem tive que ficar bastante tempo longe.

Às colegas de trabalho e chefia pela compreensão de minha ausência, incentivo e apoio.

Às colegas do Mestrado por tudo que aprendi nas nossas trocas sempre com muito carinho e alegria.

A minha Orientadora, pelas longas horas de estudos, paciência, parceria e apoio, com quem aprendi a ter 'novo olhar' ante a vida no trabalho e o trabalho na vida.

Agradeço de coração a cada profissional que se dispôs a participar desta pesquisa, por quem tenho muito apreço e admiração e espero poder contribuir na sua jornada no SUS.

E a todos os demais professores, onde cada um com sua experiência e conhecimento me ensinaram a importância da humildade e 'fome' de aprender.

RESUMO

Introdução Apesar dos esforços dispensados pelas equipes de saúde para o cuidado às gestantes, puérperas e bebês, questiona-se efetivas transformações nas práticas de saúde da família em direção a um modelo de atenção em saúde pautado na integralidade e longitudinalidade. **Objetivo** Este estudo propõe-se a analisar o agir em competência na produção do cuidado às gestantes, puérperas e bebês de Equipes de Saúde da Família com Equipes de Saúde Bucal implantadas e que atuam em Unidades Básicas de Saúde de municípios da Região Sete de Saúde - Vale dos Sinos pertencentes a 1ª Coordenadoria Regional de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Metodologia** Trata-se de um estudo de caso com abordagem metodológica predominantemente qualitativa. Os dados foram produzidos através da realização de sete grupos focais em sete equipes de saúde da família com saúde bucal de seis municípios da região analisada. Todas as equipes do estudo passaram pela avaliação no primeiro ciclo do Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade (PMAQ) no ano de 2012. Foram ouvidos 19 trabalhadores, entre médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas. O estudo valeu-se também dos dados secundários produzidos na avaliação do PMAQ. Os dados produzidos pelo estudo foram analisados com a ajuda do programa de análise qualitativa Nvivo. A base referencial teórica de produção e análise dos dados baseia-se em Schwartz (2010) e nos fundamentos epistemológicos da Análise do Discurso. **Resultados e discussão** A convivência de maneira desintegrada das equipes de saúde da família com médicos especialistas afeta o cuidado produzido pelas equipes e desvirtua o modelo de atenção da estratégia de saúde da família praticado. As equipes relatam sobrecarga de trabalho, com depoimentos de ausência de profissionais na equipe mínima de saúde, alta rotatividade e precariedade dos vínculos empregatícios. Isto produz entraves nos agires em competência das equipes no que se refere ao reconhecimento e uso dos protocolos, mas principalmente com relação a adequação dos protocolos com as realidades apresentadas — a renormalização do cuidado. Se por um lado, as equipes de saúde, demonstram conhecer as objetividades das realidades nos contextos sociais de vida e saúde das gestantes, puérperas e bebês as quais são responsáveis pelo cuidado, por outro, possuem dificuldades em apresentar interpretações mais complexas sobre

os conceitos de saúde e doença que circundam a questão da gestação e nascimento apresentados pela população. Não se evidenciaram, nos relatos produzidos, vivências de práticas de educação permanente em saúde problematizadoras dos processos de trabalho que visem mudar as formas de produzir o cuidado. Os espaços de debates de valores, em direção ao que aponta Schwartz (2010), enquanto ingrediente que estimula o trabalhador ao "uso de si por si" no agir em competência, parece estar mais presente nos momentos de integração das equipes ou no próprio trabalho em equipe. **Considerações finais** O estudo dos processos de trabalho das equipes de saúde da família possibilitou ampliar a compreensão sobre o agir em competência para a produção do cuidado às gestantes, puérperas e bebês. As contradições apresentadas pelo estudo quando se comparou os dados quantitativos da avaliação do PMAQ com os resultados qualitativos produzidos pelos grupos focais, levam a constatação da importância de realização de estudos que produzam a complementaridade das perspectivas quantitativas e qualitativas no sentido de compreender com maior consistência os processos de trabalho relacionados com a atenção à saúde que as equipes estão produzindo em seus espaços no SUS.

Palavras-chave: Saúde da Família. Processo de trabalho em saúde. Ergologia. Competência

ABSTRACT

Introduction: Despite efforts from teams to involve themselves in the care of pregnant women, puerperium women and babies, the real transformations in the practices of family health teams towards a health care model ruled by integrality and longitudinality are questioned. **Objectives:** This study aims to analyze the care given to pregnant women, puerperium women and babies by the Family Health teams that have Oral Health teams that work in Basic Health Units. These Units are located in the Vale dos Sinos region, in the state of Rio Grande do Sul, Brazil, and are coordinated by the Health Department of the state. **Methodology** This is a case study with a predominantly qualitative method. The data was obtained through seven focal groups belonging to seven family oral health teams from six cities of the region that was studied. All teams in the study were the evaluation of first cycle Improvement Program Access and Quality (PMAQ) in the year 2012. Were heard nineteen workers, including physicians, nurses and dentists. The study also took advantage of secondary data in the evaluation of PMAQ. The data obtained in this study were analyzed using the Nvivo software for qualitative analysis. The theoretical framework used for production and data analysis was based on Schwartz (2010) and on Discourse Analysis. **Results and Discussion** The disintegrated relationship between family health doctors and specialists affects the care given by the teams and distorts the model of family health care. The teams report a work overload. There are testimonies of absence of professionals in the teams, high turnover of employees and precarity of job security. This produces obstacles for the care given by the teams in respect to recognizing and using protocols, but mainly in relation to their adequation to the local reality – *renormalization* of care. If on the one hand the teams show objective knowledge about the reality and life conditions of the women and babies under their care, on the other they have difficulty presenting more complex interpretation about the concepts of health and disease that accompany pregnancy and birth in this population. The reports did not show experience with practices of permanente education in health that aimed to change they way care was given. Spaces for debating values, according to Schwartz (2010) an ingredient that stimulates the worker, seem to be more presente during moments of integration of the teams – when working in teams. **Final considerations:** The study of the work

processes of the family health teams enabled the increase of comprehension about the care given to pregnant women, puerperium women and babies. The contradictions presented by the study when comparing the qualitative data from government testing with the data obtained from the focal groups leads to the verification of the importance of studies which use qualitative and quantitative methods for comprehending more consistently the work the teams are doing in public health care.

Keywords: Family Health. Healthcare. Ergology. Competences

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AMAQ – Auto-avaliação para Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

APS – Atenção Primária em Saúde

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

CEO – Centros de Especialidades Odontológicas

CIR – Comissão Intergestores Regional

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

CRAS – Centro de Referência e Assistência Social

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

DAPES – Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas

EAD – Ensino à Distância

ESB – Equipe de Saúde Bucal

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

GTH – Grupo de Trabalho de Humanização

IES – Instituições de Ensino Superior

MEC – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOB-RH – Norma Operacional Básica de recursos Humanos

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Panamericana da Saúde

PA - Pronto Atendimento

PMAQ – Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNH – Política Nacional de Humanização

PRÓ-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação Profissional

PROVAB – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

PSE – Programa Saúde na Escola

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RC – Rede Cegonha

SAE – Serviço de Assistência Especializado

SES/RS – Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SISPRENATAL – Sistema de Informação do Acompanhamento do Pré-natal

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TSB – Técnico em Saúde Bucal

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UNA-SUS – Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

USE – Unidade de Serviços Especializados

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Objetivos	13
1.1.1 Objetivo Geral	13
1.1.2 Objetivos Específicos	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 Atenção à saúde de gestantes, puérperas e bebês	15
2.2 Processos de Educação Permanente e o Agir em Competência de Equipes de Saúde	18
3 DELINEAMENTO METODOLÓGICO DO ESTUDO	25
3.1 Tipo de estudo	25
3.2 Cenários e Participantes da pesquisa	25
3.3 Produção e análise dos dados	26
3.4 Procedimentos Éticos	28
4 RESULTADOS	29
4.1 Equipe de Saúde Esmeralda	29
4.2 Equipe de Saúde Safira	38
4.3 Equipe de Saúde Diamante	50
4.4 Equipe de Saúde Ônix	59
4.5 Equipe de Saúde Rubi	68
4.6 Equipe Ágata	78
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	88
5.1 Convivência equipe de saúde da família e médicos especialistas	89
5.2 O uso dos protocolos	91
5.3 Conhecimento da Realidade	93
5.4 Educação permanente como debate de valores	95
5.5 Trabalho em Equipe	97
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS	101
APÊNDICE A Roteiro do Grupo Focal	106
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	107
ANEXO Parecer Consubstanciado do CEP	109

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), promulgado pela constituição de 1988, originou uma das políticas sociais mais importantes do país. O desenvolvimento das Redes de Atenção a Saúde (RAS) que compõem o SUS é hoje estratégia prioritária para a sua consolidação. As Redes de Atenção a Saúde caracterizam-se pelo fortalecimento das relações entre os pontos de atenção que compõem o sistema de saúde. Acredita-se que o fortalecimento dos vínculos de solidariedade e cooperação entre os serviços de saúde que compõem o sistema possa aumentar o impacto da atenção a saúde prestada pelo SUS. Porém, o centro de comunicação deve situar-se na atenção básica, ponto mais próximo do local que vive a população, ali deve se realizar e se coordenar o cuidado (BRASIL, 2010).

Dentre as redes de atenção temáticas prioritárias na política nacional de saúde está a Rede Cegonha que se constitui como uma estratégia destinada a garantir o atendimento qualificado às gestantes e crianças - de zero até os dois anos. Deve ser desenvolvida por meio de ações conjuntas com as Políticas de Saúde da Mulher e da Criança (BRASIL, 2011). O acesso à atenção pré-natal aumentou, mas com ele também a medicalização da saúde da gestante, registrando-se alto número de cesáreas no Brasil. O que vem se verificando é que a ampliação dos níveis de cobertura de pré-natal não está sendo acompanhada pela melhoria na qualidade da atenção (VICTORA et al, 2011).

Desde fins do século XIX, quando a medicina conseguiu finalmente difundir as técnicas de anestesia e os procedimentos para evitar infecções, realizar o parto por meio de um procedimento cirúrgico passou a ser uma opção ao alcance das mulheres em grande parte do planeta. As cesarianas progressivamente tornaram os partos mais seguros e menos sofridos, principalmente quando há risco para gestantes e bebês. No ranking da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil aparece em segunda colocação entre os países com mais cesarianas em relação ao total de nascimentos. De 2000 a 2010, 43,8% foram partos por cesariana, deixando o país atrás apenas do Chipre, que teve 50,9% (Jornal O Estado de São Paulo, 2014).

O índice de cesáreas realizadas no país é alto, ultrapassa em muito os 15% considerados adequados pela OMS, com maior concentração na rede privada, que

atualmente faz 80% dos partos por cesariana. Na rede pública, os partos por cirurgia são 40%. Há um misto de comodismo e questões de mercado por parte dos médicos, que acabam evitando o parto normal. Estados Unidos, França e Argentina tiveram entre os anos de 2000 a 2010, taxas de cesáreas de 31,8%, 20,2% e 22,7%, respectivamente. O risco não está na cesariana isoladamente, mas no efeito que tem a opção em massa por esse tipo de parto. Com os agendamentos, a tendência é de se encurtar a gravidez. O índice de nascimentos prematuros também é alto no Brasil, de 10%, quando o aceitável internacionalmente é de 3%. Reduzir esse número é um dos maiores desafios (Jornal O Estado de São Paulo, 2014).

A atenção à saúde da mulher durante o período do pré-natal necessita ser realizada por meio de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias. A constituição da rede de cuidados deve promover o acesso aos serviços de assistência de forma integrada com as ações de promoção e prevenção à saúde (BRASIL, 2006). Porém, para os serviços de saúde na atenção básica coordenar o cuidado nas redes de atenção à saúde precisam resolver problemas em relação ao processo de trabalho das equipes. No cotidiano do trabalho, os profissionais enfrentam ainda grandes desafios para comporem-se e manejarem-se como equipes (BRASIL, 2011).

Esforços têm sido realizados para a melhoria da qualidade dos serviços de atenção básica à saúde através da indução do monitoramento e avaliação de processos e resultados. O propósito principal é produzir co-responsabilização de todas as esferas da gestão da saúde, reforçando o caráter educativo e não punitivo e/ou burocrático das políticas (BRASIL, 2005). Nesse sentido está sendo desenvolvido o Programa Nacional Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade (PMAQ), o qual situa a avaliação como estratégia para tomada de decisão. Suas diretrizes são mobilizar e responsabilizar os atores sociais visando mudar a cultura de gestão, e desenvolver os trabalhadores e serviços para as necessidades e satisfação dos usuários (BRASIL, 2011b).

Pensar o trabalho e a formação/educação dos trabalhadores da saúde na atenção básica requer que se conheça e problematize os processos de trabalho e os desafios postos. Assim, a questão da avaliação e monitoramento não pode estar centrada apenas nos instrumentos geradores de informação, ou seja, os dados/indicadores produzidos devem ajudar as equipes a aumentarem sua capacidade analítica e de intervenção. Recursos pedagógicos, analíticos e políticos

precisam ser também desenvolvidos a partir dos processos de avaliação (BRASIL, 2011b).

A produção do cuidado das equipes de saúde na atenção básica, dada à complexidade do processo saúde-doença e de necessidades de saúde nos territórios exige-lhes que na interação com seu objeto construam e aprimorem seu processo de trabalho de forma criativa e de melhor impacto nos resultados. A educação permanente em saúde deve ser planejada de forma ascendente a partir dos nós críticos identificados na análise coletiva dos processos de trabalho dos territórios das equipes. Deve ser compreendida enquanto proposta estratégica para potencializar o trabalho articulado entre os serviços de saúde e as instituições formadoras (CECCIM, 2004).

Os trabalhadores ao realizarem qualquer atividade de trabalho colocam em ação saberes tácitos que lhes são exclusivos por não estarem prescritos em protocolos. Os saberes tácitos conferem competências aos trabalhadores para atuarem com as dinâmicas singulares que as situações de trabalho exigem. A valorização dos saberes tácitos ganha importância quando a rigidez da divisão técnica e do controle do trabalho sob os moldes tayloristas-fordistas vai dando lugar a processos mais flexíveis de produção. São enfatizadas as capacidades de enfrentamento de situações imprevistas ou eventos, com autonomia e responsabilidade. A noção de eventos sustenta a noção de competência na gestão do trabalho, principalmente porque a competência pertence essencialmente aos indivíduos em relação (RAMOS, 2007).

Há dificuldade para definir a noção de competência visto que os limites de uma situação de trabalho não são jamais descritíveis, mas imprecisos. Tenta-se detectar competências numa situação de trabalho a partir de certa atividade. Em uma situação está previsto sempre o enfrentamento de um conjunto de singularidades. Para o "agir em competência" de cada trabalhador em atividade, certo número de ingredientes são exigidos. Há necessidade de colocar em sinergia todos esses ingredientes no ato de se trabalhar. Cada um os articula a sua maneira, com sua história, vivências e valores (SCHWARTZ, 2010).

A pesquisadora principal do projeto é profissional vinculada a Primeira Coordenadoria Regional de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (1ª CRS/SES) atuando no papel de coordenação da Secretaria Técnica da Comissão de Intergestores Regionais (SETEC da CIR) e possui a função,

juntamente com a sua equipe de trabalhadores do setor, de apoiar os municípios da região quanto aos processos de gestão direcionados a temática da Rede Cegonha, uma das prioridades de ação elencadas no Plano Estadual de Saúde anos de 2012 a 2015 (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

Alguns indicadores coletados no Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC) demonstram o panorama da atenção disponibilizada às gestantes, puérperas e bebê da 1ª CRS/SES no ano de 2012. O percentual de cesáreas no Estado do Rio Grande do Sul foi de 62% e na 1ª CRS 52,3%. No estado 71,1% das gestantes atendidas realizam sete ou mais consultas e na 1ª CRS esse valor é um pouco inferior (67,1%). A gravidez na adolescência apresentou um percentual de 16,3% no estado e de 15,9% na 1ª CRS. Já o percentual de baixo peso (<2.500 Kg) no estado foi de 9,4%, enquanto que na 1ª CRS alcançou 9,0%.

O contexto descrito até aqui fundamenta teoricamente o estudo justificando-o. Diante disso, definiu-se enquanto objetivo principal do estudo investigar os processos de trabalho das equipes de saúde da família com o intuito de compreender o agir em competência na produção do cuidado à saúde das gestantes, puérperas e bebês. Pretendendo-se vir a contribuir na elaboração de propostas de educação permanente em saúde com base no agir em competência dos trabalhadores.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar os processos de trabalho das equipes de saúde da família com o intuito de compreender o agir em competência na produção do cuidado à saúde das gestantes, puérperas e bebês de equipes de saúde da família com saúde bucal que atuam em Unidades Básicas de Saúde de municípios da Região 7 de Saúde (Vale dos Sinos) da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio grande do Sul.

1.1.2 Objetivos Específicos

Descrever os resultados das equipes analisadas relacionados ao Módulo II - Processo de trabalho das Equipes de Saúde do instrumento de avaliação do PMAQ aplicado no primeiro ciclo avaliativo.

Relacionar os resultados quantitativos do PMAQ com o agir em competência na produção do cuidado às gestantes, puérperas e bebês das equipes analisadas.

Contribuir na proposição de um plano de educação permanente baseado no agir em competências para o cuidado em saúde da gestante, puérpera e bebê.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Atenção à saúde de gestantes, puérperas e bebês

A Rede Cegonha possui como principal objetivo implementar um modelo de atenção à saúde da mulher e da criança que priorize a atenção ao parto, ao nascimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses. Visa organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade e reduzir a mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011).

Segundo o manual sobre o pré-natal e puerpério elaborado pelo Ministério da Saúde é preciso ter uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada. O olhar sobre o processo saúde e doença deve procurar compreender as mulheres em sua totalidade considerando seus ambientes de vida. Para isso é preciso estabelecer novas bases para o relacionamento dos sujeitos envolvidos na produção de saúde (profissionais, usuários e gestores) construindo uma cultura de respeito aos direitos humanos (BRASIL, 2006a).

A realidade do país ainda apresenta uma porcentagem expressiva de mortes por causas evitáveis, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção pré-natal, ao parto e nascimento. Apesar da ampliação do acompanhamento pré-natal, há ainda elevada incidência de sífilis congênita e hipertensão arterial sistêmica, sendo uma das causas mais frequentes de morbimortalidade materna e perinatal, comprometendo a qualidade dos cuidados pré-natais (BRASIL, 2012b).

Atenção especial deve ser dispensada às grávidas com maiores riscos, priorizando-se consultas mensais até a 28^a semana e quinzenais entre 28^a e 36^a semanas. Caso o parto não ocorrer até a 41^a semana, é preciso encaminhar a gestante para a avaliação do bem-estar fetal, incluindo as avaliações do índice do líquido amniótico e o monitoramento cardíaco fetal. A importância dessas ações é relacionada com o menor risco de morte neonatal e perinatal e menor chance de cesariana no grupo submetido à indução do parto com 41 semanas (BRASIL, 2012b).

As gestantes devem ter como porta de entrada preferencial a unidade básica de saúde (UBS) com objetivo de integrar o trabalho das equipes da atenção básica de saúde com os profissionais dos demais serviços de saúde. Desse modo, a integralidade deve ser vivenciada nas suas mais diversas dimensões, tais como, a capacidade de interdisciplinaridade das equipes de saúde, a integração das demandas espontânea e programada, assim como, a integração de ações de saúde de caráter individual e coletivo. A equipe de saúde na atenção básica deve ter como objetivo iniciar as ações de cuidado materno-infantil, mesmo antes que a gestante acesse a UBS. Deve conhecer ao máximo a população adscrita de mulheres em idade fértil e aquelas que apresentam interesse em engravidar e em planejamento reprodutivo. Cada localidade deve desenhar os percursos da atenção à saúde materno-infantil de modo a tornar a assistência integral (BRASIL, 2012b).

Visando ampliar a captação precoce das gestantes se incluiu o Teste Rápido de Gravidez nos exames de rotina do pré-natal na UBS acelerando o processo para a confirmação da gravidez e o início do pré-natal. Confirmada a gravidez, inicia-se o acompanhamento com o cadastro no Sistema de Informação do pré-natal (Sis prenatal). Os procedimentos devem ser realizados e avaliados em toda consulta de pré-natal e anotados na Ficha de Pré-natal e no Cartão da Gestante. Deverão ser fornecidos: o cartão da gestante, o calendário de vacinas e as suas orientações, a solicitação dos exames de rotina, as orientações sobre a participação nas atividades educativas (BRASIL, 2006a).

Os fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe de atenção básica são relacionados às características individuais, condições sociodemográficas desfavoráveis, tais como idade menor do que 15 anos e maior do que 35 anos, ocupação excessiva, situação familiar insegura, baixa escolaridade, condições ambientais desfavoráveis, dentre outras características. Os fatores que podem indicar um pré-natal de alto risco abrangem em torno de 10% das gestações. Dentre os fatores de riscos cita-se a cardiopatia, pneumopatias graves, nefropatias graves, endocrinopatias, doenças hematológicas, hipertensão arterial crônica, dependência de drogas, dentre outros agravantes. As consultas poderão ser realizadas na unidade de saúde ou durante as visitas domiciliares, podendo ser programado conforme os períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal (BRASIL, 2006a).

O manual de alto risco do Ministério da Saúde é referido que a gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável. Com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materno-infantil e ampliar o acesso com qualidade, é necessário que se identifiquem os fatores de risco gestacional o mais precocemente possível. Dessa forma, o acolhimento com classificação de risco pressupõe agilidade no atendimento e definição da necessidade de cuidado e da densidade tecnológica que devem ser ofertadas às usuárias em cada momento objetivando fornecer uma prioridade clínica, o que facilita a gestão da demanda espontânea e permite que haja impacto na história natural de doenças agudas graves e potencialmente fatais. Portanto, é indispensável que a avaliação do risco aconteça em toda consulta. A equipe de atenção básica deve se basear em sua experiência clínica para o encaminhamento da paciente ao alto risco (BRASIL, 2012c).

Uma vez encaminhada para acompanhamento em um serviço de referência especializado em pré-natal de alto risco a gestante não deve perder o vínculo com a equipe de atenção básica devendo ser informada a respeito da evolução da gravidez e dos tratamentos administrados à gestante por meio da contra-referência, assim como são importantes a busca ativa e o acompanhamento das gestantes em sua área de abrangência, por meio da visita domiciliar mensal do Agente Comunitário de Saúde (ACS) (BRASIL, 2012c).

A taxa de mortalidade infantil (referente às crianças menores de um ano) caiu muito nas últimas décadas no Brasil. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) os óbitos infantis diminuíram de 47,1 a cada mil nascidos vivos, em 1990, para 15,6 em 2010, mas persistem desigualdades regionais e sociais inaceitáveis. Além disso, 68,6% das mortes de crianças com menos de um ano acontecem no período neonatal (até 27 dias de vida), sendo a maioria no primeiro dia de vida (BRASIL, 2012b).

No nível de atenção primária à saúde espera-se garantir o cuidado binômio mãe/bebê. Deve-se ofertar ações programadas para a primeira semana após o nascimento do bebe oportunizando: consultas para a mãe e o recém nascido, estimulando a presença do pai, e o apoio ao aleitamento materno, imunizações, coleta de sangue para o teste do pezinho, etc. Até a criança completar dois anos, o objetivo é um acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança (inclusive com busca de faltosos), com um olhar para as condições do contexto de

saúde e de vida de sua mãe e família. As articulações intersetoriais no território necessárias para o projeto terapêutico de cada criança/família devem ser estimuladas (BRASIL, 2012b).

2.2 Processos de Educação Permanente e o Agir em Competência de Equipes de Saúde

O panorama descrito de práticas de nascimento extremamente medicalizadas conduz a reflexão de que mesmo com os processos de educação permanente sendo discutidos há décadas, os paradigmas da formação ainda não abandonaram as perspectivas médico-centradas e hospitalocêntricas. Mudaram as formas dos processos de formação, mas não as forças contidas nos imaginários que o constituem. Verifica-se que as representações sociais que compõem os cenários de formação em saúde ainda são pautadas pelas ideias da autonomia profissional, do atendimento uniprofissional e individual, orientado por procedimentos e diagnóstico centrado no modelo de prescrição. Ainda são mais raras nos percursos de formação profissional, a preocupação ou vontade de trabalhar em conjunto e de aprender a criar projetos terapêuticos de integralidade ou reconhecimento das redes sociais. De forma que não se poderiam esperar mudanças de modelos de saúde, ou redução de exames e procedimentos desnecessários sem a problematização destes imaginários persistentes na formação dos profissionais. Para produzir mudanças nas práticas de gestão e atenção é fundamental dialogar com as práticas e concepções vigentes, problematizando-as no concreto do trabalho de saúde (CECCIM, 2005; 2008).

Recente metassíntese realizada com artigos publicados sobre o tema educação permanente em saúde levantou os principais conceitos e práticas vigentes no campo. Foi recorrente nos estudos a afirmação da íntima relação encontrada entre EPS e trabalho em equipe. A proposta política da EPS é compreendida enquanto construção compartilhada de conceitos. Os espaços coletivos de EPS devem oportunizar troca de saberes como caminhos para o delineamento de novos modos de produção do cuidado. Adota-se a problematização das práticas e a aprendizagem na ação-reflexão-ação com base no compromisso e auto-implicação dos participantes e na aprendizagem significativa (MICCAS; BATISTA, 2014).

Os processos de EPS oferecidos aos trabalhadores de saúde nos serviços de saúde são muitas vezes usados como sinônimo de educação continuada com base em ações de caráter pontual, fragmentadas, com metodologias tradicionais de ensino, com a realização de cursos e/ou reuniões de equipe para repasse de informações administrativas e capacitações específicas. Por outro lado a EPS preconiza a aquisição de competências profissionais, importando não só a posse dos saberes disciplinar ou técnico, mas a capacidade de mobilizá-los para enfrentar os imprevistos na situação de trabalho. Mas, ainda se fala da formação de trabalhadores como se fosse possível apenas prescrever habilidades, comportamentos e perfis para que as ações e os serviços fossem implementados com a qualidade desejada desconsiderando as situações imprevistas (MICCAS; BATISTA, 2014).

No sentido de ampliar as ainda incipientes compreensões sobre as intrínsecas relações existentes entre processos de trabalho e processos educacionais, considera-se importante aproximar os conhecimentos e práticas que vem sendo desenvolvidos no campo Ergologia com os princípios e métodos de EPS. A Ergologia se propõe a estudar o trabalho humano "para melhor conhecê-lo e, sobretudo melhor intervir sobre as situações de trabalho com o objetivo de transformá-las (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010 p. 25)". Parte-se do princípio que em "uma situação de trabalho, a atividade é sempre o centro desta espécie de dialética entre o impossível e o invivível (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010 p. 206)". Ou seja, os limites de uma situação de trabalho não são jamais descritíveis são imprecisos e imprevisíveis. Qualquer que seja a situação de trabalho há sempre uma negociação a ser estabelecida. Cada pessoa no trabalho tenta recompor seu próprio meio de trabalho. Por estas características inerentes a qualquer atividade humana, defende-se que somente será possível compreender situações de trabalho em conjunto com aqueles que a executam, para que o trabalhador possa validar a situação vivenciada. Os aspectos descritos para compreender o funcionamento do trabalho a partir da Ergologia são questões também importantes ao se organizar processos de EPS (SCHWARTZ, 2011).

Para Schwartz (2010), certo número de ingredientes são necessários a todo agir em competência, para cada pessoa, numa dada situação de trabalho. O primeiro ingrediente de uma competência é o relativo ao domínio dos protocolos.

É todo o poder prodigioso de um conhecimento, do saber, do conceito que pode construir “in absentia”, isto é, na ausência das próprias coisas, toda uma série de relações, de interações; que pode prever consequências, cadeias de causalidade, sem mesmo que a coisa exista, ou seja, construída (SCHWARTZ, 2010; p.208).

O segundo ingrediente diz respeito a capacidade de se deixar apropriar pela dimensão singular da situação, pelo histórico, pela dimensão de “encontro de encontros”, ligada à historicização da situação de trabalho (SCHWARTZ, 2010).

O terceiro ingrediente de uma competência é a capacidade de articular os dois primeiros ingredientes, a face protocolar e a singularidade de cada situação de trabalho. Melhor, para tratar o caso/situação precisam-se recursos codificados, aprovados e evidenciados nos protocolos, mas ajustados à situação da pessoa/caso em questão. Buscar esta sinergia é bastante complexo (SCHWARTZ, 2010).

Quanto ao quarto ingrediente, está ligado ao debate de normas, ao debate de valores que vivem o trabalhador, as impostas e as instituídas pela atividade em questão. Trata-se de um "renegociar permanentemente com as normas de vida dos outros".

A capacidade de se apropriar, em parte, do serviço no qual ela trabalha, como sendo o seu, como aquele para o qual ela vem com certo prazer, no qual ela trabalha; ela trabalha seus valores, faz novas descobertas e isso é para ela alguma coisa que, do ponto de vista da saúde, no sentido o mais abrangente, é positivo (SCHWARTZ, 2010; p.216).

O quinto ingrediente de uma competência é a ativação do que a pessoa demanda verdadeiramente de si, um "uso de si por si". Quando um meio tem valor para a pessoa/trabalhador, todos os ingredientes da competência podem ser potencializados e desenvolvidos (SCHWARTZ, 2010).

O sexto e último ingrediente, corresponde exatamente ao que se chama de entidades coletivas relativamente pertinentes (ECRP) e está relacionado a capacidade do trabalho em equipe que "consiste em assumir suas responsabilidades onde se deve assumi-las, e ao mesmo tempo consiste em ser modesto onde convém ser (SCHWARTZ, 2010, p.219)".

“O que é trabalhar? É gerir defasagens continuamente renovadas.” Tratando-se de uma posição radicalmente oposta aos princípios tayloristas, trabalhar é um esforço de gerir o que a atividade demanda, mas também o que da atividade se demanda. Expressões que mostram a defasagem que existe entre o que está

prescrito e o que é real em uma situação de trabalho. A situação real é sempre diferente do prescrito pelo trabalho. Estas diferenças entre o demandado e o real precisam ser geridas bem como suas distâncias (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010). O gestor/trabalhador da saúde utiliza-se dos saberes acadêmico-disciplinares e dos saberes da sua própria experiência, gerados na atividade e nas exigências éticas (TRAJANO, 2012).

Para se ter a eficácia desejada não basta seguir os protocolos. É preciso que os trabalhadores busquem em seus próprios julgamentos e valores, medidas próprias. Logo, as pessoas desneutralizam a técnica, e através de seu talento, criatividade e laços coletivos adaptam-na a sua realidade. A variabilidade do meio torna impossível a "standardização total". Há sempre uma confrontação no meio onde se deve agir, com múltiplas fontes de história que se combinam. Assim, a atividade é uma experiência singular, ou seja, quando se trabalha, se tem fracassos e sucessos. Nessa relação com o meio a atividade de trabalho é sempre uma tentativa mais ou menos bem-sucedida, de construir algo com seus valores, segundo sua história, cultura, como um projeto/herança. "Trabalhar é muito mais do que produzir com ajuda de técnicas, é viver um projeto herança (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010)".

O agir em competência é muito determinado por aquilo que tem valor para a pessoa, como meio de trabalho, na medida em que ela pode fazer que este meio de trabalho seja em parte seu. Isso se traduz numa renegociação permanente com as normas de vida de cada um e do coletivo. Assim, o agir em competência vai depender do que o meio oferece como espaço de desenvolvimento de seus possíveis (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010).

Ressalta-se a distinção entre a dinâmica viciosa e a virtuosa da avaliação de competências. A viciosa estaria embasada em supor que se podem listar exaustivamente as competências e atribuições e remetê-las à pessoa e que tudo depende somente dela. Compreendendo-se, ao contrário uma dinâmica virtuosa da avaliação das competências, retoma-se um processo dialético pelo vai e vem permanente dos registros entre as normas impostas pela atividade (protocolos/normas/técnicas) e as instituídas na própria atividade em relação com os outros. Tentar fazer valer essa dinâmica virtuosa na avaliação de competências é raro, mas um processo a ser defendido (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010).

O trabalho em saúde possui intensa interação humana e imprevisibilidades e apresenta inúmeras dificuldades: "excesso de trabalho, desproporção entre demanda e oferta de serviço, fragmentação dos processos de trabalho e ambigüidade de atribuições, insegurança técnico-profissional, não implicação com o objeto de trabalho, gerência autoritária ou omissa ou com múltiplas funções, inexistência de espaço para diálogo e enfrentamento de problemas, etc (BARROS & FILHO, 2009, p. 45-46)". A gestão do trabalho está diretamente relacionada com o adoecimento dos trabalhadores, devido "a má gestão, a conta acaba sendo paga pelos trabalhadores, usuários e sociedade (ROLLO, 2009, p.47)".

A Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2006b apud ROLLO, 2009, p. 53) criou dispositivos para implementar os processos de trabalho na saúde. São dispositivos relacionados às tecnologias leves: acolhimento, projetos terapêuticos singulares e de saúde coletiva, ativação de redes de continuidade de cuidado, construção coletiva de ambiência, gestão participativa em colegiados e co-gestão, mecanismos de escuta para usuários e trabalhadores, ouvidorias, grupos focais e pesquisa de satisfação, etc. Estas tecnologias assumem hoje uma importância para a gestão do trabalho como forma de inovar os processos e valorizar os trabalhadores.

O processo de trabalho nunca poderá ser analisado em termos separados do processo de gestão, pois "o regime de produção produz e é produto de sujeitos". Sujeitos com desejos, necessidades, interesses em conjugação e conflito. Trata-se de dimensões indissociáveis: o saber, o poder e o sujeito. Gestão não é apenas organização do processo de trabalho, mas compreender os elementos que constituem o próprio processo. Para a ampliação do papel da gestão deve-se encarar a inseparabilidade dos termos que a compõem, quais sejam saberes, sujeitos, poderes. Por isso a necessidade de aumentar o grau de autonomia e democracia, problematizando a relação atividade da gestão e gestão da atividade. Devem ser instalados dispositivos que permitam o diálogo, a comunicação de forma mais participativa. Também a ampliação da clínica convocando diferentes saberes/poderes e modos de operar que construam objetos de investimentos mais coletivos (BENEVIDES; BARROS, 2009).

O trabalho não é jamais pura execução, implicando sempre o uso de si. O que significa dizer que para trabalhar é necessário recorrer às próprias escolhas e recursos. No singular de cada situação de trabalho o trabalhador recorre ao uso de

si, de suas vivências, experiências, de seu modo de ver a vida. O trabalho na saúde extrapola o prescrito e normatizado. O trabalhador buscar na criação da experiência coletiva o encontro consigo e com o outro (SCHWARTZ, 2003b, p. 68).

O Método da Roda é proposto por Gastão Campos (2007) como uma forma de gestão do trabalho na saúde coletiva. É um método de gestão que procura evitar o quase inevitável, tratando-se de sistemas de saúde produtivos, a situação de controle dos trabalhadores subjugados a condição de objeto. É preciso valorizar a produção dos saberes tácitos dos trabalhadores em seus processos de produção do cuidado em saúde. Valorizar experiências e conhecimentos da realidade, em um movimento de comprometimento e construção de projetos/obras. O conceito de obra no Método da Roda inclui todo o processo produtivo. Obra é, portanto compreendida tanto como o resultado do trabalho, quanto como a própria invenção de formas muito particulares para se organizar um processo de trabalho. Um projeto de um trabalhador não deve ser avaliado apenas pelo resultado final, mas também pelos efeitos produzidos durante sua concepção e execução. Qualquer julgamento centrado apenas em resultados finais é estreito. Neste sentido, também, que se inscreve no método a proposta da Co-Gestão em que se torna vital a motivação do trabalhador para a sua realização pessoal. Estimulando-o e articulando-o a coletivos de produção (CAMPOS, 2007).

Porém, apesar dos modelos de atenção e gestão cada vez mais exigirem participação ativa dos trabalhadores, o que se observa na prática é pouco conhecimento e governabilidade das equipes em relação à definição de metas e indicadores (locais) devido à falta de autonomia, insuficiência de mecanismos de participativos de avaliação, planejamento e decisão no âmbito local onde os conflitos institucionais são pouco problematizados ou direcionados ao espaço do coletivo. Verifica-se uma limitação do conceito de redes, frequentemente avançando numa perspectiva da regulação dos serviços, mas muito incipiente em termos de articulação ativa de todos os atores e instâncias que compõe o sistema saúde. Prescreve-se fluxos e regras com frágeis pactos, negociações, acompanhamento o que causa desgastes e transtornos aos trabalhadores. Um dos dispositivos mais caros neste caso seria a co-gestão ou instâncias colegiadas de gestão como referencial-base com vistas a sustentar os eixos ou arranjos (concepção e intervenção) no sentido de valorização do trabalho como atividade humana (SERAFIM, 2009, p. 75).

Todo o ato de trabalho só é possível se inserido em um coletivo que o autoriza e o enquadra. A complexidade dos sistemas de trabalho aumenta como também dos coletivos. O trabalhador coletivo é um conceito que permite exprimir e descrever esta característica. Cada um faz uso de si em função do coletivo, pois este faz uso de seus membros. A dialética "uso de si por si e pelos outros" funciona no âmago dos coletivos de trabalho. Ao se analisar o trabalho não se pode considerar os coletivos como uma soma, de modo que uma alteração na equipe requer se preveja os meios para reconstruir o coletivo (SCHWARTZ, 2010).

Denominam-se as equipes de trabalhadores na saúde coletiva como Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP) no seguinte sentido: São Entidades porque envolvem pessoas que ao trabalharem juntas e compartilham valores, histórias de vida, vivências. São Coletivas, por serem vários trabalhadores buscando realizar seu trabalho. São Relativamente, porque se mudam as pessoas, mudam também o conteúdo e o ritmo da atividade. São Pertinentes, para se compreender como o trabalho acontece (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Na produção do cuidado em saúde as atividades são sempre singulares, principalmente as ações de atenção direta ao usuário, o que dificulta a simples aplicação de prescrições. Assim, as ECRP se mostram através das relações que se estabelecem no coletivo, com mais ou menos cooperação, através de gestos e iniciativas que vão permitindo que os conhecimentos técnicos e procedimentos tenham certa eficácia. Há uma rede de relações multiprofissionais, onde a atividade de trabalho de uma equipe se integra também com outros serviços e outras equipes. Portanto, o coletivo sempre se reconstitui conforme a necessidade do trabalho (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

3 DELINEAMENTO METODOLÓGICO DO ESTUDO

3.1 Tipo de estudo

Esta pesquisa tem uma abordagem predominantemente qualitativa. Isto se justifica pela necessidade de ampliar a abordagem analítica do objeto em estudo: os processos de formação/qualificação e o desenvolvimento dos elementos necessários aos profissionais das equipes para a produção do cuidado na rede de atenção à gestante, puérpera e bebê no âmbito do Sistema Único de Saúde nos municípios da Região sete de Saúde Vale dos Sinos.

Compõe-se de um Estudo de Caso do tipo único e integrado com múltiplas unidades de análise (YIN, 2010), tendo em vista que este delineamento metodológico permite a utilização de “múltiplas fontes de informação” com o objetivo de “criar uma cadeia de evidências relevantes” sobre a importância do ensino tanto na formação dos profissionais das equipes como também na organização dos serviços. Para a abordagem do problema o estudo de caso se utiliza tanto de dados secundários visando à sua contextualização, como também de material primário recolhido em campo. O pesquisador constrói uma série de possibilidades de informações que lhe permitirão triangular olhares e obter informações sobre a realidade (MINAYO, 2008).

Destaca-se também a aproximação metodológica deste estudo com a perspectiva da Pesquisa Ação enquanto um estilo de pesquisa que “descreve, interpreta e explica situações sociais ao executar uma intervenção de mudança que objetiva a melhora e o envolvimento (POPE; MAYS2009)”.

3.2 Cenários e Participantes da pesquisa

Os cenários da pesquisa foram seis municípios da Região Sete de Saúde - Vale dos Sinos pertencentes à 1ª Coordenadoria Regional de Saúde da Secretaria

Estadual do RS que aderiram a avaliação do PMAQ no 1º ciclo no ano de 2012 e que possuíam equipes de saúde da família com equipes de saúde bucal.

Os participantes da pesquisa foram profissionais da atenção básica de nível superior (médicos, dentistas e enfermeiros) que atuavam em estratégias de saúde da família avaliadas pelo PMAQ dos municípios da região sete do Vale dos Sinos. A escolha das ESF analisadas foi realizada considerando também a representatividade dos diferentes escores de avaliação do PMAQ encontrados (insatisfatório, mediano, acima da média, muito acima da média).

A saturação ou o reconhecimento de que os dados colhidos eram suficientes para a explicação do problema foi adotado como critério de avaliação para definição do tamanho da amostra (CANZIONERI, 2010).

3.3 Produção e análise dos dados

Previamente ao início da pesquisa apresentou-se a proposta aos Gestores Municipais nas Comissões Intergestores Regional (CIR) acordando-se com os Coordenadores das Equipes de Saúde dos municípios os objetivos da pesquisa e o referencial teórico/prático adotado.

Os dados foram produzidos através da realização de sete grupos focais com sete equipes de saúde realizados em seis municípios diferentes. O objetivo para a realização dos grupos focais foi aprofundar a compreensão sobre o agir em competência no cuidado à saúde das gestantes, puérperas e bebês dos profissionais das equipes de saúde da família (médico, enfermeiro, e dentista), segundo a teoria de ergologia desenvolvida por Schwartz (2010). Foi elaborado um roteiro para orientação da condução do grupo focal (Apêndice A). As informações dos grupos focais foram gravadas e filmadas e depois transcritas para análise. Após a transcrição foram codificados e analisados com auxílio do Software NVIVO.

O grupo focal é um dos métodos de coleta de dados escolhido para esse estudo porque propõe aos participantes um diálogo em profundidade. As discussões, os confrontos e as discordâncias vão sendo realizados entre os pesquisados, que não podem considerar sua resposta como fechada diante das trocas efetuadas pelo grupo. "Em vez de o pesquisador pedir a cada participante para responder a uma

pergunta por vez, as pessoas são estimuladas a falar umas com as outras, a perguntar, a trocar histórias e a comentar sobre as experiências e os pontos de vista uma das outras (POPE; MAYS, 2005, p. 31).

A gravação em áudio e a filmagem dos grupos também se justificam por permitirem um registro fiel da interação, útil para análises posteriores, permitindo a concentração do pesquisador no aqui e agora dos grupos, sem preocupação com registros manuais concomitantes. O pesquisador mantém-se na escuta ativa, com a atenção receptiva a todas as informações prestadas, quaisquer que sejam elas, intervindo com interrogações de conteúdo ou sugestões que estimulem a expressão mais circunstanciada de questões que interessem à pesquisa (CHIZZOTTI, 1998, p. 93).

Os grupos focais se iniciaram com a exposição pelos pesquisadores dos objetivos da pesquisa e do tema que seria debatido. Os participantes falaram livremente sobre o tema e foram estimulados ou orientados somente quando havia a estrita necessidade de intervenção. Os encontros duraram em torno de uma ou duas horas com o pesquisador esclarecendo aos participantes que o objetivo do grupo era que discutissem o tema entre eles e não se dirigissem a ele (POPE; MAYS, 2005).

Um coordenador e um ou dois relatores compuseram a equipe de pesquisa nos grupos focais. O primeiro com o papel de focalizar o tema, promover a participação de todos, inibir os monopolizadores da palavra e aprofundar a discussão. “O relator além de auxiliar o coordenador nos aspectos organizacionais, estava atento para nada deixar de anotar sobre o processo criativo e interativo, registrando-o” (MINAYO, 2008, p. 270-271).

Cabe ressaltar que não foi possível a análise dos resultados de um dos grupos focais devido a problemas ocorridos com o áudio e filmagem.

Este projeto de pesquisa continuará a ser desenvolvido até o ano de 2015, uma vez que participa do Edital da FAPERGS/PPSUS. Ainda serão realizados grupos focais em mais 14 municípios que compõem as Regiões de Saúde 6, 7 e 8 da 1ª CRS/SES.

Os dados coletados através dos grupos focais foram analisados com base nos fundamentos epistemológicos da Análise do Discurso, que objetiva trabalhar o sentido e não apenas o conteúdo do texto. Um sentido que não é traduzido, mas produzido, e articula o lingüístico com o social e o histórico (CAREGNATO, 2006).

3.4 Procedimentos Éticos

O projeto de pesquisa obedeceu a RESOLUÇÃO CNS Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.

Os sujeitos da pesquisa que concordaram em participar da pesquisa, o fizeram mediante assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B), que foi apresentado em duas vias juntamente com a entrevista semi-estruturada. Uma via do termo de consentimento ficou com cada participante e a outra foi devolvida.

Foi garantido o anonimato a todas as pessoas que participaram da pesquisa, não sendo revelado nenhum dado que permitisse a sua identificação.

O projeto de pesquisa foi submetido à Comissão de Pesquisa da Faculdade de Medicina/UFRGS e ao Comitê de Ética em Pesquisa/UFRGS - parecer em Anexo 1.

4 RESULTADOS

Apresentar-se-á agora o agir em competência para a produção do cuidado às gestantes, puérperas e bebês de cada uma das equipes entrevistadas neste estudo, considerando a articulação de diferentes elementos encontrados – aqui entendidos como os ingredientes do agir em competência, segundo Schwartz (2010). Para apresentação dos dados serão utilizados pseudônimos nomeando cada uma das equipes em que foram realizados os grupos focais (Esmeralda, Safira, Diamante, Ônix, Rubi e Ágata). As falas individuais de cada um dos 19 trabalhadores serão identificadas conforme a numeração atribuída a cada um deles pelos pesquisadores, a fim de garantir o anonimato dos participantes da pesquisa.

4.1 Equipe de Saúde Esmeralda

O município em que está inserida a Equipe Esmeralda apresenta população de 28.348 habitantes. Há época do ciclo de avaliação do PMAQ/2012 possuía 57,36% de cobertura populacional na atenção básica e 24% de cobertura populacional da estratégia de saúde da família. Com duas Equipes de Saúde da Família e duas Equipes de Saúde Bucal modalidade I (apenas com Auxiliar de Saúde Bucal) implantadas. Não atuava com Núcleo de Apoio de Saúde da Família e não tinha Centro de Especialidades Odontológicas ou Laboratório de Prótese implantados. No município o índice de cesárea foi 73,1% em 2010, 71,5% em 2011 e 64,8% em 2012 (SINASC, 2012). E o índice de gravidez na adolescência de 8,2% (30 gestantes) (SINASC, 2012).

A composição da equipe de saúde da família Esmeralda está constituída conforme descrito a seguir. A enfermeira (E1) com vínculo estatutário atuando há dez anos com Especialização em Saúde da Família. O médico (E2) do Programa Mais Médicos atua há três meses na equipe e realiza Especialização em Saúde da Família pela Universidade Nacional Aberta do SUS e Universidade Federal Ciências da Saúde de Porto Alegre (UNASUS/UFSPA). O cirurgião-dentista (E3) é profissional do município com vínculo estatutário e atua há seis anos na equipe,

realizou o Curso Introdutório ESF em 2008 e possui uma especialização de Educação em Saúde com Ênfase em Educação Popular, também realizou curso em EAD na temática da Estomatologia.

Primeiramente vamos verificar os depoimentos produzidos relacionados sobre o modo de funcionamento da equipe Esmeralda. Uma informação trazida pelo grupo é que anteriormente a implantação da equipe de saúde da família no ano de 2003, já havia médicos especialistas atuando na unidade de saúde com modelo de saúde tradicional (biomédico) e esta composição da equipe permaneceu até hoje. Os relatos produzidos demonstram que esta convivência com os médicos especialistas marca a forma como a equipe de saúde da família atua.

Uma questão inicial importante é que o médico da ESF relata não atender as gestantes, puérperas ou bebês a não ser para o acompanhamento das visitas domiciliares no período do pós-parto. O atendimento médico da gestante é realizado majoritariamente pelo especialista em ginecologia desde o início da gestação. Quando nascem os bebês, as mães os trazem à consulta para a pediatra.

O ginecologista vem duas vezes por semana [...] A nossa pediatra que é pneumologista vem uma vez por semana, que ela é concursada, e tem um outro pediatra que é contratado que vem duas vezes por semana. Mas eles atendem em outros postos conforme a necessidade (E1).

A gente tem uma unidade assim mista, porque é o que eu digo que de certa forma é um luxo, né? Se for pensar é um luxo. Porque nós estávamos com dois clínicos gerais, dois pediatras e dois ginecologistas [...] e uma nutricionista e um psicólogo. Aqui a gente tem uma pediatra. As mães e as crianças amam essa pediatra. Ela é muito dedicada, então assim, acho que reverter essa proposta ia ser um trabalho bem difícil. Tipo: "Eu venho com meu filho e quero marcar a consulta lá com a doutora". Quer marcar com a doutora (E3).

Detecta-se certa ambigüidade nos depoimentos sobre este compartilhamento de responsabilidades, ao mesmo tempo em que relatam como vantajoso o fato de dividirem a responsabilidade com médicos especialistas. Também apresentam depoimentos afirmando que a presença dos especialistas desvirtua a função do médico comunitário e do modelo da estratégia saúde da família enquanto ordenador do cuidado, interferindo no vínculo e no acompanhamento das gestantes.

É um complementos para nós, é um "plus." [referem-se a presença dos médicos especialistas] Mas não funciona como as tradicionais ESF onde a referência é o médico da família.[...] Então, não é uma unidade de saúde da

família tradicional, onde o médico da família atende puericultura, faz pré-natal. O enfermeiro também. Então como nós temos essa sorte, não é (E1)?

É que na verdade eu acho isso. Em termos de estratégia eu não concordo, mas a demanda do bairro é tão grande, tão grande que eu atendendo o idoso, o adulto, eu to conseguindo suprir, entendeu? Como é que eu posso te dizer? Eu acho que não é o certo numa estratégia, mas por enquanto pela realidade do bairro, pela realidade da população está funcionando mesmo com os especialistas, mesmo não tendo a Estratégia formada (E2).

[...] uma coisa que eu sinto agora pensando por que não senti tanta dificuldade com essa diferença toda [...] porque mesmo tendo o pediatra e o ginecologista, eu com essa visão de estratégia que saí da faculdade e caí direto numa estratégia de saúde da família [...] vejo o paciente, leio todo prontuário antes. Porque eu vejo um todo do paciente. Mesmo que ele consulte com ginecologista, com o pediatra, está comigo, é meu. Eu sou egoísta, eu considero meu. Veio, está na minha frente, agora é meu. Ah, consultou com o ginecologista no mês passado [...] ok, ótimo: “Faltou alguma coisa, está com alguma queixa”? Eu tento ver o todo. Então mesmo tu não atendendo tu estás sempre ciente de como está a situação do paciente (E2).

Alta demanda é o argumento que a equipe usa para justificar a atuação dos profissionais especialistas na Unidade Básica de Saúde (6.750 pessoas). Associam também a questão da estrutura física pequena. Aguardam a ampliação da unidade e a implantação de outra equipe de saúde da família para atuar na área.

É que do ponto de vista da estratégia é importante cuidar da gestante, já pegar o bebê na puericultura. É importante isso. Só que aqui, a realidade é diferente. Tem uma demanda muito grande como a enfermeira falou. Então no momento, eu estou sentindo que assim como está, [com os médicos especialistas atuando] está sendo suficiente e importante. Claro que depois que o posto tiver uma área física maior, a gente se estruturar melhor, o físico primeiro, talvez eu vá conseguir fazer a parte de estratégia melhor. Mas agora a demanda é tão grande, tão grande e, agora, como nosso médico está afastado. Olha, a gente está com agenda para daqui a três meses só (E2).

Também sobre este assunto relaciona-se mais um relato do médico recém integrado a equipe advindo do Programa Mais Médicos.

É que pelo programa [mais médicos] tu vai trabalhar em estratégia. Daí eu cheguei aqui achando que tinha. Eu não vi ainda nenhum local com estratégia 100%. Mas lá, a que eu trabalhava funcionava. Assim como a gente está comentando, eu fazia puericultura, eu fazia pré-natal, as agentes também eram comprometidas. Eram duas equipes. Eu tinha a minha equipe bem formada. E daí, com o programa [mais médicos] eu vim. Achei que ia ter essa realidade. Mas aí tu chegas e vê que não, que ainda as coisas estão se estruturando. Eu fui indo pela demanda, fui indo conforme foram [...] fui me adaptando à realidade. Não tem como atender gestante e

pediatria agora porque tem muita gente que precisa. Porque ginecologia e pediatria, gestante e criança estão sendo vistas. Essa população está sendo bem assistida [pelos especialistas] (E2).

Segundo a equipe, as gestantes que comparecem no início do primeiro trimestre conseguem realizar entre seis ou mais consultas de pré-natal com os ginecologistas e se comprometem mais com o cuidado. Avaliam positivamente o trabalho que realizam com as gestantes.

Eu vejo, pelas evoluções, que elas iniciam muito cedo. Em outro município em que trabalhava era diferente. Começava com vinte, vinte e poucas semanas. Aqui tu pegas no iniciozinho. Isso me chamou bastante atenção. Elas são aderentes, são comprometidas, e se não são, as agentes vão atrás. Funciona bem essa parte, mesmo os ginecologistas não sendo da estratégia a gente consegue trazer elas. Daí elas conseguem fazer mais que seis sete consultas que é o preconizado. Sempre é mais. São raras as que fazem menos (E1).

Relativo ao cuidado com as puérperas e bebês realizam acompanhamento através das visitas domiciliares e sala de espera, ou quando as mães vêm realizar o teste do pezinho. Também avaliam como muito bom o acompanhamento que realizam, sendo que a maioria das puérperas tem o aleitamento exclusivo com seus bebês.

Nós temos um controle das crianças, as agentes de saúde também vão. Na visita do puerpério quando nós vamos já orientamos, já vemos a 'pega' [referem-se à amamentação]. Quando ela vem para o teste do pezinho e as técnicas de enfermagem vão fazer o teste do pezinho, a mãe já amamenta, já orientamos a 'pega'. Se estiver com fissura já se fornece "Dersani". Se há necessidade de ir mais vezes na casa o agente de saúde vai ou nós vamos. Na sala de espera, se tem uma paciente que a gente sabe que não está muito bem já pergunta para ela. Sempre que têm dúvida elas têm abertura de nos procurar. Então há um acompanhamento muito bom. E a grande maioria é aleitamento exclusivo (E2).

Apesar da avaliação positiva da equipe com relação ao próprio trabalho, como relatado, afirma não usar protocolos específicos como referência para a atenção à saúde das gestantes, bebês e puérperas que acompanham. Quanto as ACS utilizam, segundo os relatos, o Guia do agente comunitário do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).

Não tem um específico [protocolo]. Não foi feito um protocolo. Nós seguimos pelo nosso conhecimento no nosso trabalho. Ambos somos

especialistas. As agentes de saúde também a gente segue o livrinho. Elas seguem o manual aquele delas. Então há um acompanhamento das crianças (E1).

Relativo ao uso de protocolos para as crianças destaca realizar o acompanhamento através de busca ativa e visitas domiciliares da equipe e relatam a dificuldade das mães trazerem para não faltar ao trabalho.

Com os escolares, a gente vai ao início do ano. Faz um levantamento das turmas e vai na medida do possível ajudando. Avisa quando tem que ir tratar, manda um bilhete. Às vezes os pais trazem, às vezes não trazem. É sempre: "Bah, não vou faltar serviço" (E1).

Relataram realizar grupos com gestantes que apresentam baixa adesão, pois muitas trabalham em fábricas de calçados e curtumes e têm dificuldade para comparecer. Muitas possuem planos privados saúde. Os ACS teriam papel fundamental na busca ativa das gestantes. Nestes grupos referem conseguir integrar-se mais com a nutricionista e o psicólogo. Para a viabilização do grupo foi acertada parceria com o ginecologista para o fornecimento do atestado visando justificar a ausência do trabalho, tendo em vista que a maioria é descontada quando falta para participar do grupo.

Nós fazíamos uma vez por mês, mas vinham duas, três, quatro, eventualmente vinham algumas mais. Daí com o comprometimento do colega, o ginecologista, aí elas começaram a vir. Porque é muita perda, né? Elas perdem dez horas, perdem várias coisas se elas faltam o serviço. Daí a gente montou um programa nesse grupo que envolvia nutricionista, enfermeira, dentista, psicólogo, médica do ESF. Então a gente fez assim vários grupos temáticos. Eu acho até que o último fui eu quem deu, aí já foi confraternização. E daí teve uma visita no hospital para elas conhecerem (E2).

Relatam também terem realizado a capacitação da SES para implantação da testagem rápida de sífilis e HIV e que na equipe não havia sido ainda implantado este procedimento — "Não tem isso aqui, eu fiz a capacitação em Canoas, mas aqui não tem (E2)".

Destacam o comprometimento e participação das ACS no trabalho de acompanhamento, nos grupos, estudos de casos e busca ativa. Organizam-se para realizar capacitação mensal para as ACS.

As agentes de saúde são bem comprometidas, participam dos grupos e trocas de casos, tudo. Nós temos seis agentes comunitários. Uma está afastada por licença maternidade. Então tem uma área que está descoberta por um tempo. Quando tem alguma urgência, se precisa entrar em contato com os pacientes, as outras até fazem essa gentileza (E1).

Nesse mês agora teve [capacitação] para odontologia, então eu e a outra dentista fizemos um treinamento com elas, o que é importante observar. [...] na capacitação a gente dá uma geral sobre tudo: sobre cárie, sobre doença periodontal, explicou tudo (E3).

Apesar da formação e qualificação da equipe, refere dificuldades para colocar em prática o que sabem e aprendem sobre o cuidado com foco na promoção, integralidade e longitudinalidade. Relatos sobre as dificuldades no processo de acolhimento das demandas assistenciais no dia a dia da equipe. Pela grande demanda, muitas vezes encaminham usuários para a unidade que funciona 24 hora e que funciona com profissionais plantonistas.

Porque eu tenho muito acolhimento. Daí se a gente não consegue absorver eu tenho que encaminhar para o posto 24 horas. Daí a gente tem um combinado. Se faltar algum paciente, eu vou 'enxertando' para poder atender os pacientes. Eles têm vínculo aqui, então eles não gostam de ir lá para o posto 24 horas porque lá é plantão. Então eles não têm o conhecimento que nós temos daquela família, então nossos pacientes gostam de ser atendidos aqui (E1).

Uma coisa que eu observo. Que a gente procura colocar em prática muito das coisas que a gente aprende nesses locais. Porque às vezes a gente pode aprender e não conseguir aplicar. Eu vejo isso até no próprio trabalho das agentes (E3).

O cirurgião-dentista referiu estar reprogramando, adaptando o sistema de acesso e acolhimento para a atenção em saúde bucal das gestantes, pretende iniciar o agendamento prioritário para as gestantes procurando integrar-se mais com o ginecologista. A proposta é atender a gestante que agenda sua consulta com o ginecologista, deixando horários de saúde bucal reservados para essa gestante. Relatou também a dificuldade das mães trazerem os bebês e crianças para o atendimento odontológico, o que é minimizado com as visitas domiciliares.

É, na verdade, agora vou mudar isso em função dessa demanda do PMAQ. Tem uma orientação de ter uma reserva para gestante que até então não tinha. A gente sempre tem uma agenda que se renova a cada dia 20. Dia 20 é o dia de marcação para todo município, então marca dia 20 e aí fica

agendado. É o que eu quero incrementar com relação à saúde bucal. Vamos fazer uma espécie de parceria junto com os ginecologistas de ela [gestante] estar consultando. Vem para o ginecologista e, de repente na mesma manhã vem pra mim. De eu tentar deixar uma reserva [...] A gente está tentando fazer isso já agora para 2014. Vem para o ginecologista e vem comigo. Esses bem bebês não têm um protocolo específico também. Até é muito difícil eles trazerem. Muitas vezes a gente vai às casas, avalia com as visitas domiciliares (E3).

Sobre o processo de educação permanente acreditam ter havido mais oportunidades sobre o tema gestantes, bebês e puérperas direcionadas aos ACS quando comparada ao que foi oferecido para os demais profissionais da equipe. Gostariam de participar de mais cursos e capacitações. Afirmam receber convites muitas vezes em cima da hora o que evidencia falta de comunicação.

Gestante, bebê e puérpera [...] Ah, isso faz um tempo eu acho que veio alguém de Porto Alegre que falou sobre amamentação que foi [...] que a igreja antiga que está bem no centro. É usada como um centro de eventos. Então veio uma pessoa de Porto Alegre. E tem muita coisa que vem, mas vem mais para as agentes de saúde participar. Para elas vem bastante coisa, até Shantala (E1).

Foram produzidos depoimentos que referem sentimentos de desvalorização e sobrecarrega de trabalho, especialmente por parte da coordenação da equipe que refere sobreposição da responsabilidade de gestão com a de assistência.

[...] mas às vezes há falta de valorização, eu já estou há muitos anos aqui. Então muitas vezes eu não sou valorizada o quanto devia, saio frustrada. Não com os meus pacientes e nem com os meus colegas, isso me faz feliz, mas eu cansei de ir para casa frustrada, abatida por falta de oportunidade de externar o que eu queria ou externar e não ser compreendida ou mal compreendida e não ter a oportunidade de fazer o que eu pensava e muitas vezes o outro profissional colocar uma idéia, que de repente não é tão interessante e ser direcionado a essa pessoa. Cobrança, muita coisa assim, porque eu sou muito assistencial e tem profissionais que tem outro perfil que são mais burocráticos. Isso me incomoda muito porque eu deixo de ter aquele tempo maior para os meus pacientes e ficar em função de papéis ou notebook. Isso me frustra muito desde a minha formação (E1).

Relativo à como o trabalho agrega para suas vidas os profissionais trazem alguns depoimentos.

Alguma coisa tem que ter um sentido maior por trás, não só aquela coisa de 'fez, deu e tchau' e estou recebendo e era isso. Acho que a gente vai atrás, se preocupa, muitas vezes até além do que deveria. Acho que daria para

gente resumir numa coisa que é Bíblica e também foi musicada pelo Renato Russo que diz assim: “Ainda que eu falasse a língua dos homens, a língua dos anjos, sem amor eu nada seria”. Então acho que isso resume bem [...] A gente dá o máximo que pode e acho que toda equipe acaba tendo essa visão (E3).

Eu procuro me basear assim, eu não estou na estratégia por falta de opção porque às vezes os outros colegas especialistas acham assim: “Ah, o médico do postinho, está ali porque não passou na residência”. Não. Eu gosto do que eu faço, eu gosto de ver o paciente como um todo [...] (E2).

Estratégia já é diferente. Eu trabalhei muitos anos em hospital e trabalhei em UTI, emergência, dei aula para técnico de enfermagem muitos anos também. Então tu vais para casa e te desliga. Aqui não. O comprometimento é maior. No hospital a paciente interna, tem alta. Aqui não. São sempre os mesmos pacientes. O comprometimento é maior, a preocupação [...] tu vai procurar sempre fazer o melhor para ajudar aquela pessoa (E1).

A equipe refere trabalhar de forma pouco integrada com os médicos especialistas (ginecologia, pediatria, clínico, psicólogo e nutricionista) o que prejudica a qualidade, vínculo, integralidade e longitudinalidade na produção do cuidado pela equipe.

Nós procuramos os profissionais especializados, mas eles não fazem muito esse caminho inverso (E2).

É, o que eu vejo, assim, pelo menos a minha sensação é que quando é entre nós, acho que agora a gente está conseguindo ter uma boa troca de casos, de informações, sabe? E aí como esses profissionais não estão diretamente integrados, não participam das reuniões, então assim, esse contato fica um pouco mais difícil. Às vezes eu não sei o retorno, a gente não sabe o retorno (E3).

E sugerem a criação de centros de especialidades e pensam que estes especialistas poderiam trabalhar como uma equipe de apoio matricial para a reorganização do trabalho dos especialistas.

Nesse um dia que eu trabalhei noutra município [...] tem esse perfil que a colega trabalhou que é saúde da Família. Mas daí tem o centro de especialidades e o materno-infantil é no centro do município. O materno-infantil é só pediatria, só especialista, só pediatria e gineco-obstetrícia [...] daí tem o cardiologista, tem o dermatologista, infectologista e outros. Então os postos de saúde da família é só o médico da família, é a referência. E saúde bucal também tem em separado (E1).

Que nem lá [cita outro município em que trabalhou] a gente tinha um cardiologista que era do NASF e ia discutir casos, às vezes, eles acabavam sendo isso, um suporte especializado (E2).

As opiniões relacionadas às reuniões com as demais equipes de saúde da família do município não são muito positivas. Relatam muitas comparações negativas entre as equipes e pouco espaço para escuta dos trabalhadores ou compartilhamento de saberes adquiridos em processos de educação permanente vivenciados. Entendem como importantes estes espaços, porém sugerem mudanças no sentido de melhorar o aproveitamento das reuniões de equipe possibilitando mais trocas e escutas de anseios e angústias.

Há falta de humanização. Há muita comparação há muitos anos. Incomodamos muito. Comparam as equipes. São duas realidades. É um bairro extremamente diferente. Aqui é o primo pobre (E2).

[...] colocavam: “Ah, tudo dá certo aqui, nada da certo lá.” A sensação que a gente teve, é que [...] tudo os outros são melhores. Então acho que isso foi ruim pra gente (E3).

O meu trabalho de conclusão do curso de educação em saúde eu fiz sobre educação permanente. A reunião de equipe como espaço para educação permanente. Porque na verdade era um questionamento meu. Fiz entrevista com os colegas porque muitas vezes eu acho que nossas reuniões são subutilizadas, elas ficam com muitos informes, muitos desvios de foco. Mas porque ninguém falou, se tu sente isso porque ninguém disse: “Bah, será que não dava pra gente mudar um pouquinho esse enfoque? Podia ser bem mais utilizada essa reunião, sabe? A gente podia trabalhar várias coisas. Tipo agora a gente fez uma capacitação no Telessaúde. Tem um monte de informação legal naquilo, umas web palestras sobre assuntos variados sobre atenção básica. Podia recheiar a reunião com isso. Vamos assistir a web palestra ali, é 20 minutos, depois a gente comenta (E3).

E às vezes, o que eu sinto, é que as pessoas criam uma relação de ‘fachada’. O ano passado, para dar um exemplo disso, no final do ano na confraternização das equipes, a gente ficou ajudando a fazer as coisas enquanto que uma equipe ficou totalmente afastada, sentada como se fossem simplesmente os convidados da casa. E: ‘quando é que vão me servir’? Um coisas que fica estranho. Parece que as coisas são muito de fachada, que elas não são verdadeiras o suficiente para chegar e dizer: “Oh, eu tenho dificuldade com isso, isso e aquilo.” Vamos expor as coisas. (E3).

Apareceram depoimentos de experiências positivas anteriores ligadas a políticas de humanização que vinha tendo bons resultados no sentido de maior integração, comunicação e espaço de escuta para ajudar no processo de trabalho e melhor qualificá-lo.

Teve uma época que teve aqui um grupo, tu deve conhecer o psicólogo? Ele fez tipo um GTH de humanização. Eu participei de alguns encontros. Tinha vários profissionais, tinha do posto 24 horas, tinha de várias unidades. Aí tu vê, começa a abrir os anseios e as demandas [...], de sentimentos que as pessoas têm que não conseguem falar nos seus ambientes de

trabalho. E aquilo a pessoa vai guardando [...] Olha, muitas vezes eu acho que sim, eu acho que senti necessidade de falar (E3).

Apresentam preocupação com as políticas de avaliação de indicadores e alcance de metas como o PMAQ, pois acreditam que indicadores isolados podem não dizer da qualidade do cuidado prestado.

Às vezes não é só número, porque daí às vezes tu bateu a meta lá, mas e a qualidade disso? Tu tens números para preencher, mas e a qualidade [...] Daqui a pouco meta e qualidade não são algo que conseguem andar juntos, não é? Porque para ti atingir o número tal, daqui a pouco tu vai perder em qualidade (E3).

Afirmam que na reunião semanal interna da equipe privilegiam-se as conversas sobre a equipe. Porém, não há participação dos recepcionistas, médicos especialistas, psicologia e nutrição. Não há comprometimento de todos.

Eu acho que daqui a pouco, como o posto não fecha, não é todo mundo que está na reunião de equipe, são sempre os mesmos, já começa por aí. Não tem como as recepcionistas descer, não tem como os pediatras participarem. Acaba que os comprometidos são sempre os mesmos. Daqui a pouco é essa também uma dificuldade de vencer essas barreiras mais do que os ambientes [...] Acho que isso é importante (E3).

4.2 Equipe de Saúde Safira

O município em que está inserida a equipe de saúde Safira apresenta população de 5.350 habitantes. Foi avaliado no PMAQ /2012, com uma equipe de atenção básica e uma equipe de saúde bucal modalidade I. Apresentava há época 100% de cobertura da Atenção Básica, 64% de ESF e 85% de cobertura de saúde bucal na atenção básica, sendo que 56,71% de ESB vinculadas à estratégia de saúde da família. O município não contava com NASF nem Centro de Especialidades Odontológicas – CEO ou laboratório de Prótese. Pelos dados do SINASC o município de Safira apresentou o índice de cesárea de 65,7% em 2010, 55,4% em 2011 e 73,8% em 2012 (SINASC, 2010/2012). E o índice de gravidez na adolescência de 15,4% (10 gestantes) (SINASC, 2012).

A composição da equipe de saúde da família pesquisada é constituída por: Uma enfermeira (E4) há três anos e meio na equipe também com vínculo estatutário com o município e com especialização em saúde da família. Um médico (E5) que atua há doze anos na equipe e refere não possuir curso de especialização, apenas ter realizado o curso introdutório sobre a temática da saúde da família oferecido pela SES. Um dentista (E6) há dois anos na equipe com vínculo estatutário com o município e que possui especialização em saúde coletiva e, em andamento, especialização em ortodontia. A equipe encontrava-se com falta de seis ACS, com previsão de chamada do processo seletivo de três. A referida ESF com ESB Modalidade I entrevistada está vinculada à única UBS do município, que também oferece atenção especializada e pronto atendimento (PA).

Os resultados encontrados no grupo focal possibilitam delinear o agir em competência da equipe. Com relação ao Uso de Protocolos para a atenção à saúde das gestantes, bebês e puérperas a equipe referiu que apenas a odontologia e a enfermagem utilizam os protocolos referentes à classificação de risco habitual e alto risco do Ministério da Saúde. Relatam que o pré-natal não é realizado pelo médico da equipe de saúde da família, mas pelo especialista ginecologista que atua na unidade de saúde.

Às vezes tem consultas [...] às vezes, elas procuram médico [...] É, eu acho que aqui o que se usa é o Manual de Pré-natal do Ministério. É o protocolo que a gente tem o de baixo risco e alto risco. Porque protocolos nossos específicos nós não temos. Até não foram ainda elaborados por essa questão de que o pré-natal, a maior parte é feita pela ginecologia, por esta especialidade. Então não se tem protocolos nossos aqui de atuação [...] também o enfermeiro. Então a gente usa mais esse protocolo do Ministério que é o Manual do pré-natal mesmo (E4).

Quando esse bebê nasce também, na primeira semana tenta-se fazer a visita domiciliar ou pelo menos a agente comunitária tenta chegar nessa mãe para ver como está essa criança e encaminha para teste do pezinho, para as primeiras vacinas, teste do olhinho, teste da orelhinha. Tudo isso a gente consegue fornecer e encaminhar. Então de protocolos, neste sentido, não que estejam legalmente colocadas e escritas, mas é o que se segue, assim, é o que se tenta seguir (E4).

Relatam proceder a acompanhamento das gestantes, puérperas e crianças através das visitas domiciliares e trocas com o médico ginecologista e nutricionista.

Quando tem alguma gestante com algum problema ou identifica-se alguma situação mais de risco, ou depois mesmo quando esses bebês nascem a

gente faz essa visita. Tem essa troca com a ginecologista. E isso é muito bom. A gente sempre tem essas informações e quando precisa fazer algum atendimento, com a nutrição também. Então assim, a gente trabalha mais nessa lógica (E4).

A gestante, nós temos a ginecologista aí que faz acompanhamento. Mas aqui a região tem um problema, acho que em todas as regiões pequenas, tem. Elas [gestantes] procuram muito médicos particulares em município vizinho (E5).

Ainda em relação ao cuidado com a gestante ressaltam a questão do alto índice de cesáreas. Na concepção dos profissionais haveria o que denominam como 'cultura' por parte das mulheres de preferirem realizar cesariana, mesmo para os casos de risco habitual em hospital do município vizinho com médicos particulares e defendem que houvesse alguma sensibilização através de um 'programa nacional'.

Provavelmente por isso o índice está em 70% de cesárea. As mulheres já não chegam: "Vamos tentar o parto natural", não! Elas já chegam e a primeira palavra que dizem é: "cesárea!" Por isso que às vezes vocês culpam muito os médicos, mas a culpa também está na mulher, porque a mulher procura já cesárea. "É mais rápido, tal, vou ficar inteirinha, não tem problema. Meu marido vai ficar gostando de mim". Elas dizem claramente isso: "Se não rebenta tudo lá embaixo"! Já ouvi isso de mulheres. Essa aí é uma conduta então que deveria ter um programa nacional para tentar sensibilizar as mulheres. Porque se não vai ser difícil mudar (E5).

Relativos aos exames laboratoriais de imagem necessários de serem ofertados pela Rede Cegonha para a gestante relatam conseguir realizá-los.

Os exames também, elas então são encaminhadas para fazerem todos os exames. A gente faz nossos exames pelo GESTA, pelo Instituto GESTA, a gente encaminha por lá. Temos o laboratório daqui, que é o laboratório do município. Alguns em laboratório conveniado do Estado (Instituto GESTA) e para outros exames [...] ecografias geralmente se encaminha para Ivoti ou pra Novo Hamburgo para fazer (E4).

Quanto ao atendimento odontológico, segundo o cirurgião da equipe, não há restrição de agendamento para a gestante, podendo ser realizado a qualquer hora, ou seja, há prioridade para este público.

Da minha parte, o agendamento para o usuário é realizado em dois dias. Sempre no dia 15 e no último dia do mês. E as gestantes têm prioridade de agendamento. Então elas não precisam vir nesses dois dias. Se algum profissional indicar, ver a necessidade, enfermeiro ou ginecologista ou outro

profissional, elas têm prioridade de atendimento. Podem chegar ali na recepção e agendar em qualquer dia e qualquer horário (E6).

Ressaltam a importância do trabalho do ACS na captação precoce das gestantes. No momento da entrevista atuavam com um número reduzido de ACS. Embora enfrentem o problema de muita migração de gestantes de outros municípios com a gestação já em estágio adiantado, procuram acompanhá-las e priorizar consultas. Também comentam o aumento do número de nascimentos em pelo menos mais dez além do previsto.

[...] E as gestantes tem esta prioridade para qualquer consulta. A captação com as agentes tem um trabalho bem interessante. Agora a gente está com um número reduzido de agentes da saúde. Temos dez microáreas. A gente está com quatro [ACS]. Estamos esperando mais três pelo processo seletivo que foi feito. Estão para chamar estas meninas. A gente trabalhou isso com elas [ACS], para que tentem captar o quanto antes a gestante. [...] Como aqui tem muita migração [...] então às vezes as mulheres de fora já vêm gestantes. Então para tentar captar no primeiro trimestre nem sempre é possível. Mas assim que se tem essa idéia de que pode ter uma gestação, marca-se logo para consulta de pré-natal. Então essa prioridade se dá. Geralmente já se abre o cadastro da gestante, no Sis prenatal (Sistema de Cadastro e Acompanhamento das Gestantes) [...] alimenta-se esse sistema. A UBS também nos transmite isso e a gente tenta acompanhar essa mulher. [...] Geralmente se consegue fazer dentro das sete consultas previstas quando ela vem há tempo, quando ela já não vem tão tardia (E4).

[...] não sei se é estimativa de nascimentos para nós, ela está um pouquinho fora assim, porque ano passado já se tinha em torno de 60 gestantes e fora as que não fazem o pré-natal conosco, via SUS. Então já da para contar, pelo menos, uns 10 nascimentos a mais para o município (E4).

Afirmam existir um grande número de gestantes jovens trabalhadoras no município. Relatam dificuldades para manter o aleitamento exclusivo, mesmo com orientação e educação realizadas pela equipe, tendo em vista a necessidade da volta ao trabalho ao final da licença maternidade.

[...] Da amamentação, um dos problemas é que elas [as mães] trabalham. Tem um período que elas têm de licença, e elas acabam terminando a amamentação. Três meses, quatro meses depois elas começam com problema: “Ah, meu seio fica vazando no serviço!” Ela vem às vezes pedindo medicação para secar o leite [...] É um grande problema da mãe que trabalha [...] A maioria jovens trabalham aqui ou em outros municípios (E5).

E a gente tenta até trabalhar um pouco a questão do esgotamento da mama, mas é mais por essa dificuldade às vezes de deslocamento. [...] Um pouco dessa cultura do “leito fraco”, já da família que também auxilia essa gestante, essa puérpera, de incentivar. Já começa dar outro leite, a avó,

familiar, enfim. Até pra lidar melhor com essa criança. Então a mãe às vezes não quer tirar o leite ou continuar dando (E4).

Relatam um aumento de população migrando para o município. Estariam hoje com aproximadamente seis mil pessoas sob a responsabilidade de sua área de abrangência.

Nós temos um bairro aí, que surgiu da noite para o dia. Começaram a construir casas populares e agora está enorme lá. Por isso, acho que a população já passou dos 6 mil. Migrou [...] Eu acho que está aumentando bastante o número de habitantes (E4).

Salientam que tem observado a migração para o município de idosos provenientes de municípios próximos, seriam pais dos adultos residentes que migram com o motivo de se aproximarem dos filhos. Os idosos ficam sozinhos nas suas residências, pois os filhos precisam trabalhar. A equipe sugere a necessidade de profissionais cuidadores de idosos (profissionais formados para este cuidado aos idosos). Esta migração é mais um dos motivos do aumento populacional.

[...] Agora estão vindo [dos municípios próximos] os pais dos adultos, os idosos. Então o pessoal que era de lá, agora adoeceu e os filhos buscaram para cuidar aqui. E aí é uma outra problemática porque estes filhos estão trabalhando. Eles estão fora durante o dia, continuam sua vida e às vezes estes pais, não tão abandonados, mas precisaria ter um cuidador o dia inteiro, assim, já é mais difícil (E5).

A equipe Safira refere problemas tais como alcoolismo, depressão e uso de drogas nas fábricas de curtumes. Mesmo com o psiquiatra e psicólogo, não dariam conta faltando referenciamentos e uma política pública intersetorial, tendo em vista a complexidade do problema. Pois estariam 'vendendo drogas' nas fábricas e curtumes.

Na verdade, a gente não tem nenhuma referência hospitalar, então para casos críticos é Porto Alegre, São Pedro. A gente não teria nenhuma referência secundária, tipo um CAPS regional para poder fazer esses encaminhamentos. Nós temos o nosso psiquiatra, que bom, a gente tem psiquiatria, psicólogo também. Mas também não da conta, eles tem lista de espera (E4).

[...] o grande problema é a droga. A droga invadiu aqui. E aí eu acho que essa questão de drogadição é um pouco mais ampla. É política pública. Eu acho que é [necessário] uma política a mais que envolva [...], por exemplo, a gente sabe que tem gente usando e vendendo dentro dos curtumes. Principalmente nos turnos da noite, os 'caras' se mantêm na cocaína. O nosso problema é o usuário. E nós temos um psiquiatra, em município

vizinho, tem ali a clínica que eles atendem 7 dias, mas depois tem para encaminhar para continuar o tratamento não tem (E5).

Perguntados sobre crianças pequenas e bebês até dois anos também relatam o número elevado destes na área de responsabilidade da equipe. A falta de ACS desde 2010 em microárea específica teria aumentado muito a população. Tendo em vista esta dificuldade procuram enfatizar o trabalho nas escolas ou nas creches. Mas independente das dificuldades ressaltam que conseguem manter o bom acompanhamento das imunizações com as ACS que ajudam a cobrir esta microárea.

Sim, tem um número bem elevado [de crianças]. Eu acho que aumentou muito na microrárea 1, que é uma microárea, que desde que eu estou aqui, eu acho que não se tem agente de saúde lá. Eu entrei em 2010. Então agora nesse processo seletivo teve duas classificadas e ali vai ter que ser feito todo cadastro de novo dessa população. Ali aumentou muito, então o que a gente tem de dados ali ou é das creches, das escolas que se acompanha um pouco mais e daqui, das vacinas, enfim. Isso é uma coisa boa. A gente consegue acompanhar bem essa questão de imunização. Eles aqui fazem sempre uma revisão dos faltosos. Então mesmo onde não tem as agentes de saúde a gente vai atrás, a gente tenta encontrar, localizar essa família para poder colocar em dia essas vacinas. Mas aumentou, aumentou bastante o número de crianças também. Nossa! Tem um número bem elevado (E4).

Devido à cultura alemã e ao consumo elevado de açúcar identificam um alto índice da doença cárie e que realizam trabalho de promoção de saúde nas escolas e comunidade priorizando o cuidado para gestantes, bebês e crianças.

Como é uma região de cultura alemã, então nós temos o problema da dieta. Muita sacarose e tem um índice de cárie elevado. Mas com o nosso trabalho de educação em saúde estamos trabalhando nas escolas também. Envolvendo a comunidade escolar, a família. Esse ano, desde o jardim até o quinto ano, o atendimento da gestante, dos bebês estão abertos. Tem horário sempre para gente poder atender elas (E6).

Relatam sobre acordos decorrentes do PMAQ quanto a dificuldade do comparecimento das gestantes à consulta pela dispensa do trabalho. Fizeram reunião com especialistas para que se procure agendar atendimentos no mesmo dia com todos da equipe.

A gente até estabeleceu, então, no próprio PMAQ do ano passado, em reunião com toda a equipe, com a nutrição, e com a ginecologia e com a

odontologia, que elas possam tentar marcar inclusive no mesmo dia porque estas mulheres trabalham. A maioria até trabalha em outros municípios. Então para elas não perderem o dia, não terem esta questão de não conseguirem o atestado para o dia, tentar de repente marcar no mesmo dia ginecologista, nutrição e odontologia para que elas possam aproveitar o mesmo dia para fazer todo atendimento (E4).

Relatam que procuram realizar troca de informações com a ginecologia e nutricionista. Quando a gestante é considerada de risco pelo ginecologista, a equipe de saúde da família realiza visita domiciliar também para acompanhamento dos recém-nascidos.

A gente trabalha bem mais a nível domiciliar mesmo com essas gestantes e as puérperas [consideradas de alto risco] [...] Quando tem alguma gestante com algum problema ou identifica-se alguma situação mais de risco, ou depois quando esses bebês nascem. Esses recém nascidos então a gente faz a visita. [domiciliar] Ah, tem essa troca com a ginecologista, e isso é muito bom! A gente sempre tem essas informações e quando precisa fazer algum atendimento, com a nutrição também. Então assim, a gente trabalha mais nessa lógica (E4).

Na realização do grupo de gestantes trabalham questões da gestação, puerpério e bebês, ocorrendo momentos de integração entre os profissionais da equipe, inclusive as especialidades de ginecologia, fonoaudióloga, psicólogo, nutricionista, auxiliar de saúde bucal e técnica de enfermagem.

Sim, nós temos também o grupo de gestantes que não são só os profissionais da estratégia de saúde da família, mas também a técnica de enfermagem da estratégia de saúde da família, a auxiliar em saúde bucal, a psicóloga, a nutricionista, a fonoaudióloga, a ginecologista, onde nós fizemos os encontros com as gestantes e fazemos um trabalho de educação de saúde. Não enfocando só a gestação, mas também a parte da puérpera e dos bebês (E6).

Acho que trabalhar o coletivo, o grupo. Porque se tu fores tentar trabalhar só o individual fica mais difícil [...] Tem bastante trabalhos coletivos para fazer, trabalhos em grupos, trabalhos em escolas. Para fazer o grupo da gestante a gente esse ano fez um pouquinho diferente. Em vez de fazer uma coisa mensal que fica um pouco mais distante, a gente fez em quatro/cinco encontros mais corridos. E tentar fazer mais vezes por todo um semestre ou trimestre, enfim, que daí tu tem um vínculo mais próximo delas. Elas vêm de semana em semana [...] às vezes é difícil adaptar, tem que fazer coisas que fiquem dentro dos recursos que se tem. Então nada muito grandioso Acho que é essa a cultura ainda deles. Achar que a coisa tem que ter um resultado imediato nem que seja para ganhar alguma coisa [...], tenta-se buscar muitas vezes por esses meios para que participem. O que a gente tentou colocar para as gestantes: fazer um kit! Acho que muitas vêm por interesse, mas algumas que eu vi ali vieram por interesse em participar,

em ouvir e principalmente as que são de 'primeira viagem', primeira gestação, um pouquinho mais novas. (E4).

Então, por exemplo, para esse grupo a gente ligou, para todas as gestantes. Eu peguei todas estas folhas e nós ligamos convidando. Tentamos fazer um horário mais acessível para elas. Então com algumas empresas foi conversado. A Secretária ligou para elas falando que ia ter este curso pra elas poderem participar, que a gente ia fornecer comprovante. Então são pequenas coisas, assim, estratégias que a gente usa para tentar adaptar a realidade, e mesmo assim ainda vêm poucas. É, é mais complicado, assim, a gente tentou avisar, algumas vieram, a gente forneceu atestado. Mas assim, eu acho também porque muitas trabalham em outros municípios tem essa questão também. Às vezes elas têm um transporte pra ir e outro pra voltar, e perde o dia todo (E4).

Relataram as dificuldades de transporte das gestantes trabalhadoras das fábricas/curtumes e dos turnos de trabalho, além do fato de muitas buscarem planos privados ou particulares – “Tem os turnos também que trabalham. O curtume aqui trabalha com três turnos. É difícil. Se ‘encurta’ o serviço elas não vão vir nunca” (E5)!

É, é mais complicado, assim, a gente tentou avisar. Algumas vieram. A gente forneceu atestado. Mas assim, eu acho também porque muitas trabalham em outros municípios, tem essa questão também. Às vezes elas têm um transporte para ir e outro para voltar, e perdem o dia todo (E5).

Relativo à gestação na adolescência referem trabalho junto às escolas demonstrando, na opinião da equipe, bons resultados.

É, e a gente tem conseguido fazer um trabalho bem legal sobre sexualidade nas sétimas séries das escolas do município. Então todo mês a gente trabalha com eles sobre isso. Daí são nove encontros e a gente aborda tanto a gravidez quanto toda interação entre sexualidade e DSTs, drogas, estilo de vida. Menores de 19 acho que nós temos uma menina agora de 14 anos da C. [cita microárea] e uma outra adolescente de 15, desse ano, que eu registrei. Eu vendo aqui, conhecendo, eu acho que muitos casais construíram aqui jovens. Estão trabalhando, são mulheres, muitas delas os primeiro filhos (E4).

Referem dificuldades com o retorno das gestantes e puérperas após o parto. Com a falta de ACS precisam ficar mais atentos. Tentam estabelecer realizar contato com o hospital para que repasse as informações para a equipe, mas não obtiveram retorno. Levaram as gestantes para visitar o Hospital, mas isso teria prós e contras na opinião da equipe.

A gente tem que partir mais por nós mesmos, tentar acompanhar e ficar de olho nessas gestantes. Nós as levamos. Mas tem os prós que é bom que

elas vêem que o parto é uma coisa natural, mas tinha muitas mulheres que a gente ouvia: “Ah, eu fiz cesárea, maravilha!” A história da cesárea que sempre bate na cabeça delas. Ou chegava numa que fez parto normal: “Eu sofri muito, tive dor”, daí eu achei: “Olha, nós estamos sendo contra-eficientes. Nós não estamos alcançando que o parto é coisa boa, de transmitir” (E4).

Na opinião da equipe a prioridade do município não é ESF. O que para eles já diz da dificuldade de mudança de modelo. E que a população também prioriza a consulta com os especialistas. Como única unidade de saúde do município a estratégia funciona no mesmo lugar que o pronto atendimento e, sem o apoio da gestão não se sentem fortalecidos para a mudança.

Vou resumir em poucas palavras o que eu ouvi no segundo ano que eu estava aqui de um gestor. Que ESF não é prioridade, que a prioridade era o plantão e nós éramos um ‘plus’ a mais. Então, eu acho que isso pra mim já diz tudo, que a ideologia não é a prevenção. É uma pena que eles não entendam que com este tipo de modelo eles também podem conseguir muito voto. Só que tem que saber usar isso. A gente, assim, pode ter projetos brilhantes, se os gestores souberem usar isso a favor deles. (E4).

[...] um dos grandes obstáculos da saúde da família é o prefeito, negócio de dinheiro e pagamento. Eles não valorizam nosso trabalho [...] o negócio funciona assim: enquanto tu estás conseguindo voto, o gestor está bem. Por isso que eles valorizaram mais [...] (E5).

Por isso que é difícil mudar a cultura da população, porque assim, a gente tenta: “Ah, de repente, nós vamos iniciar puericultura”. “Não, eu quero com o pediatra” [diriam as puérperas]. “Vamos nós, tentar” [...] “Não, tem que ser com a ginecologia”. Então enquanto não se muda um pouquinho a característica do que se pretende enquanto política pública, enquanto gestão é difícil nós profissionais mudarmos a mentalidade e transformarmos um pouquinho isso (E5).

Quanto á educação permanente relatam que deveria haver mais espaços de qualificação. Lembram dos Cursos Introdutórios ESF¹ realizados pela SES que desde 2008 não acontecem. Criticam percebendo-se ‘cobrados’ e sobrecarregados pelo estado. Evidenciando no relato distanciamento e fragilidade na gestão compartilhada entre as esferas municipal e estadual.

¹Introdutório ESF – Curso de 40 horas, sendo 32 horas de concentração e 8 horas de dispersão, onde os profissionais realizavam um projeto de intervenção junto á equipe. Ficava-se uma semana em um Hotel, geralmente Gramado para os municípios da 1º CRS. Estes Cursos tinham por objetivo introduzir temas como: Territorialização, Trabalho em equipe e com grupos, SIAB – Fichas/preenchimento e relatórios, Visita Domiciliar, Práticas Pedagógicas, Planejamento, entre outros. Não ocorria desde o ano de 2008, atualmente este curso está acontecendo através de uma parceria da Secretaria de Estado da Saúde com a UNASUS – Universidade Aberta do SUS, sendo ministrado pela UFCSPA na modalidade semi-presencial, sendo 3 encontros presenciais de 8 horas e 34 horas á distância.

Terminaram! Era muito importante que cada um trazia uma realidade da sua região e aí sim! [Refere-se ao Introdutório ESF] Se apresentava se discutia. Via-se o que era melhor e o que poderia ser adaptado para o município. Isso foi abandonado. Na verdade a gente sente que tem muita cobrança do estado e pouca realidade para o trabalho conjunto. Na saúde pública, a cobrança é muito fácil [...] O pessoal que está lá em cima sentado acha que tem que ser assim, assim, assim e pronto! Aí vem o município e traz: “A nossa realidade é essa”. Quem sabe, muito sem objetivo. Aí baixa um plano e tem que fazer aquilo. Tem que cobrar aquilo! Às vezes essa aqui se queixa: ‘É muito coisa para se fazer! Tem muita coisa para ela preencher!’ No fim, ela passa todo o tempo no computador (E5).

Falam de falta de incentivo e valorização da gestão para processos de educação permanente e qualificação profissional e o que o trabalho agrega para sua vida.

Sinto-me realizado trabalhando na saúde da família, mesmo passando por dificuldades. Tudo que eu estudei, desde a graduação, pós-graduação e a gente não tem incentivo do governo para isso. Agora estou fazendo minha segunda pós-graduação. Tenho três dias de curso por mês. Aqui no município a gente não tem incentivo para se capacitar, fazer uma educação continuada. São descontados os dias que eu vou para o meu curso. Não me pagam, sendo que o que eu estou aprendendo eu vou utilizar aqui, não é? Isso aí é frustrante [...] este curso introdutório do ESF eu também não fiz. O Estado poderia priorizar isso. Acho que a colega também não fez. Acho que vários profissionais não fizeram. A gente tem que buscar individualmente. A gente não tem apoio para poder estudar, para poder se aperfeiçoar. Vivendo intensamente a odontologia ou a saúde da família [...] a gente trabalha à noite também aqui e durante o dia. A odontologia exige bastante tanto mentalmente quanto fisicamente [...] Vinte e quatro horas por dia. Falta incentivo também até por fazer uma readaptação salarial. Têm profissionais que têm menos carga horária e ganham mais que outros que têm mais. É desmotivante, mas a gente sempre procura. Eu pelo menos sempre procuro me motivar e dar a volta por cima [...] (E6).

Eu acho que a saúde da família é um negócio muito gratificante para mim eu me dou com todo mundo. Sou um médico conhecido. Até vai um exemplo: eu estou caminhando, daí um pessoal diz: “ah, o doutor ta caminhando, que bom!” Daí vai um guri, motorista: “O seu cartaz aumentou mais porque o senhor está fazendo exercício que o senhor manda pra eles!” É muito gratificante a gente ter este contato com as pessoas. Elas chegam, trocam, porque geralmente elas não querem nem remédios querem desabafar trocar seus problemas. São seis mil habitantes e a maioria eu conheço quais são os problemas. Mas essa troca de carinho, de amor, entendeu? Isso aí que faz a nossa vida. Não adianta a gente ser técnico só, tu tem que conviver (E5).

Eu não me vejo trabalhando em outra área trabalhando em área hospitalar, me vejo trabalhando em área coletiva, saúde do trabalho, ou saúde da família. Eu gosto muito de trabalho em escola [...] gosto muito desta parte, de grupos e acho que esse é um dos caminhos pra gente trabalhar mais o todo. Eu gosto muito de saúde da família acho que a gente tem muita carga, é uma coisa bem ampla. A gente se envolve muito [...] aqui nem tanto porque os mesmos que eles atenderam ontem e ante ontem é os que estão

voltando amanhã e depois. Mas acho que em lugares maiores tu atende? “Tá, acabou, deu [...]” e tu vai embora e não te envolve mais. A gente não. A gente fica e o que eu vou fazer com aquela família? O que vou fazer com aquela situação de alcoolismo que voltou, piorou, recaiu? Isso mexe mais contigo, tu te preocupa porque muitas vezes a gente não consegue ir além do que a gente pode fazer. Até ali a gente foi, mais que isso não depende de nós. Depende muito das pessoas, depende muito de cada um (E4).

Também são muito significativos os relatos sobre os recentes processos de formação e capacitações vivenciados.

Alguns cursos e capacitações que a gente faz e busca acho que eu tive bastante proveito. Esse ano a gente teve uma. Até não foi para os enfermeiros especificamente, foi para área da nutrição. As colegas do Núcleo de Ações em Saúde da 1ª CRS fizeram um trabalho bem legal sobre a questão da amamentação e aí eu pedi para nutricionista Simone se eu podia participar. Que eu acho que é bem importante estar bem atualizada nessa questão de amamentação. Justamente pela dificuldade da gente conseguir fazer elas [puérperas] entenderem que o leite delas não é fraco que tem que persistir um pouquinho mais. Que é um momento que assim tem que ter toda a integração da família. Foi bem legal porque muda um pouco. É muito dinâmico isso também. Acaba sempre mudando a orientação que tu passa em relação à mastite, a várias situações da mama, enfim, do que acontece no aleitamento. Foi bem proveitoso porque daí a gente pôde capacitar as nossas agentes para ir repassando todas essas informações e para lidar melhor com essas puérperas e poder orientar nas casas também nessas visitas pós parto. Do UNASUS também a minha pós contribuiu bastante. Tive bastante material que enriqueceu. [...] Toda questão da abordagem familiar, não só nesse tema de saúde da mulher, mas de uma forma bem ampla. Eu acho que falta. Que a gente pudesse estar tendo mais capacitação, mais maneiras de trabalhar melhor com esse grupo (E5).

Reforçam certa potencialidade na realidade do município quanto à possibilidade de integração com outros setores e equipes de saúde municipal.

A gente só não faz mais, não se reúne mais, não troca mais, mais protocolos, mais fluxos, por essa falta de tempo, pela correria. Às vezes, por cada coisa que cada profissional tem que dar conta [...] agenda, programas, burocracias. [...] A gente ainda tem um bom vínculo, uma boa troca com outros setores da rede. Acho que isso também é importante. Aqui no município a gente consegue ter até bastante contato com assistência, com o Conselho, com a educação. Esse ano até se teve um pouquinho menos. A gente não conseguiu aderir ao PSE. Acho que a gente está mais na prática fazendo do que no papel (E5).

Eu acho que favorece um pouco, não só a equipe, mas essa ligação que a gente tem direto aqui por ser a única unidade, ser a única porta de entrada. Não tem hospital [...] Por a gente estar todo mundo próximo aqui, a gente consegue fazer esta troca. Não só agora, que nem o colega falou dos grupos de gestantes [...] ou outros grupos. Mas eles prontamente, esses profissionais, tão sempre prontos a ajudar, a auxiliar. A gente teve esta

capacitação agora de agentes de saúde, que é para as próximas que vão ser chamadas. Então a gente fez primeiro esta capacitação inicial, básica, que elas precisam ter. Todos os profissionais participaram. Desde as outras enfermeiras. As outras colegas que atuam na unidade que ficam mais responsáveis por outros setores: epidemiologia, imunização. Elas participaram o ginecologista [...] então a gente consegue colocar vários profissionais atuando e isso é bom. Eu acho que a gente consegue ter um pouquinho mais de comunicação (E4).

Sobre o trabalho em equipe falam da necessidade de maiores espaços de reuniões com toda a equipe. Reúnem-se semanalmente, porém não contam com a participação de todos. Sentem necessidade de mais espaços de maior troca no interior da própria ESF e com os outros profissionais que compartilham ações de saúde na UBS e que não são propriamente da ESF, mas responsáveis por outros serviços – “Dentro da equipe, sim. Dentro da equipe de ESF é definida. Semanalmente” (E4).

Mas eu acho que deveria ter reuniões com a unidade toda. A participação de todos os servidores para gente discutir problemas, apontar soluções. Acho que falta um pouco desse encontro de todos nós (E6).

Ressaltam o momento de reunião da equipe quando da 1ª adesão ao PMAQ, para o preenchimento do instrumento de auto-avaliação como um momento importante onde conseguiram reunir toda a equipe e discutir e estabelecer combinações. Porém, no segundo ciclo isto já não ocorreu. Conseguiram reunir apenas uma comissão em pequenos grupos. Reafirmam que o espaço de reunião de todos pode ajudar o processo de organização e planejamento da equipe, com criação de protocolos de atendimento de pré-natal.

Sabe em que momento se fez isso? Ano passado no AMAQ [Instrumento de Auto-avaliação da equipe]. Na hora da auto-avaliação. Foi bem proveitoso, bem produtivo. Levantou-se varias questões. Algumas coisas foram criadas a partir disso. Aquilo que eu falei antes da prioridade, de marcar mesmos horários. Mas depois se perdeu um pouco isso. Acho que pela correria, pelo “apagar incêndio todo dia”, um corre-corre de todo mundo. E aí não se teve mais momentos em que toda a unidade, todas as duas equipes pudessem [...] Esse ano a gente sentou, mais a comissão, alguns pequenos grupos menores para fazer então essa avaliação de novo. Não foi uma coisa tão ampla. Não se conseguiu (E4).

Eu sinto um pouco esta dificuldade. Acho que nós na equipe, a gente tem isso até bem entrelaçado. Por exemplo: a equipe de saúde bucal. Eles fazem um trabalho bem legal de capacitação, para as gestantes, por exemplo, para as crianças. Uma coisa importante: a avaliação odontológica

na gestação. O quanto isto é importante para gestação, enfim, para o bebê, a limpeza. Porque muitas vezes as agentes dizem: “Ah, a mãe tem dificuldade de fazer a limpeza, a higiene bucal desse recém-nascido”. Então isso foi passado, são pequenas coisas que ajudam muito elas [ACS] saberem orientar e a própria equipe. Mas como equipe em geral eu sinto que a gente tem essa dificuldade de discutir um pouquinho mais. Até para poder colocar essa questão de nós ajudarmos a fazer o pré-natal. De repente estabelecer algum protocolo, alguma coisa mais evidente para esta troca (E4).

Sentem que registram e mostram pouco o que realizam.

Daí hoje ainda, me ligou a moça da parte de comunicação da prefeitura. Trocou agora. Ela me pediu para toda vez que tiver alguma coisa com grupos, com escolar, avisar eles. Avisar para colocar, pra divulgar. Acho que a gente faz muitas coisas e não mostra. A gente tem que fazer mais marketing das nossas coisas [...] A gente está sempre fazendo, fazendo e fazendo e daí parece que não se faz. Mas na verdade, acho que a gente só não mostra muito o que faz (E5).

Também referem sobrecarga de trabalho o que relatam dificultar o trabalho mais abrangente, complexo e singular que a estratégia de saúde da família precisa realizar.

A gente tenta. Quando se pensa em ESF a gente não pode esquecer que o que a gente atende, assiste, é muito amplo. A gente foca a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde mental, a saúde do trabalhador. É muito amplo. Aí existe a grande dificuldade dos municípios pequenos, de poucas equipes. Nós aqui já é um problema: já estamos com quase 6000 habitantes e, na maioria das vezes, desfalcada. Ou com poucas agentes! É difícil trabalhar com vários projetos e programas que eu acho que são bons! A idéia é muito boa! Mas quando tu tens um número reduzido de recursos humanos para fazer tudo é diferente! [...] Nós somos duas três pra tudo. E os problemas do município pequeno, não por ter menos população que eles sejam menores ou menos importantes [...] a gente tem bastante problemas também. Essa questão social acho que está se evidenciando em todos os municípios, não é só nos grandes. A questão do alcoolismo, da drogadição, da saúde do trabalhador, a correria e o cotidiano, as doenças crônicas, enfim, debilitantes. Isso é geral (E5).

4.3 Equipe de Saúde Diamante

O município em que está inserida a Equipe de Saúde Diamante possui uma população de 217.189 habitantes. Foi avaliado pelo PMAQ/2012, com duas equipes de atenção básica e duas equipes de saúde bucal modalidade I (com auxiliar de

saúde bucal). Há época contava com 44,55% de cobertura populacional na atenção básica sendo 13 % de Estratégia Saúde da Família. Possuía 24,86 % de cobertura populacional de saúde bucal sendo que 12,71% com Equipes de Saúde Bucal vinculadas à saúde da família. O município não possuía Núcleo de Apoio à Saúde da Família ou Centro de Especialidades Odontológicas e Laboratório de Prótese. O município possui o índice de cesárea de 55,9% em 2010, 57,3% em 2011 e 60,04% em 2012. E o de gravidez na adolescência foi 15,8% (453 gestantes) (SINASC, 2012).

A composição da equipe de saúde aqui apresentada é formada de acordo com as características descritas a seguir. A enfermeira (E7) há nove anos trabalhando na equipe, concursada em regime estatutário no município e com especialização em saúde pública. A médica (E8) há seis anos atua vinculada a equipe entrevistada com vínculo trabalhista celetista e possui especialização em saúde da família e residência de medicina geral comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. E a cirurgiã-dentista (E9) há nove anos na equipe possui especialização em saúde coletiva e concursada em regime estatutária com a prefeitura do município.

A constituição da equipe foi alterada com a vinda de médico do Programa Mais Médicos devido ao afastamento da médica da Unidade de Saúde para atuar na Gestão Municipal. No momento da entrevista a equipe de saúde estava sem a equipe de ACS completa e compartilhavam com a segunda equipe de ESF/ESB da Unidade de Saúde um auxiliar de saúde bucal apenas.

Na abordagem a respeito do uso de manuais, normas técnicas e protocolos para o cuidado das gestantes, puérperas e bebês os integrantes da equipe referem o uso do protocolo de risco habitual do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), assim como também possuem a prática de construir os próprios protocolos.

É, e o protocolo do pré-natal diz que tem que passar pelo médico, pela enfermeira e pelo dentista, isso é o que diz o protocolo. Só que aí a gente fez uma 'consulta casada' que a gente chamava. Então a paciente vinha para o grupo. O grupo éramos nós três mais as pacientes [...] E esses instrumentos que a gente criou porque foi uma necessidade que a gente via de ir muito além, não só no nível de protocolo do Ministério. Então a gente foi criando instrumento para poder trabalhar e todos falarem a mesma língua. Então esse [Protocolo do Ministério da Saúde] era o principal (E8).

Quanto ao protocolo de saúde bucal para gestante e bebê a cirurgiã-dentista refere usar o Caderno de Atenção Básica 17 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008).

Quanto à saúde bucal para gestante e bebê a gente usou sempre o caderno do Ministério e muito também o protocolo de Curitiba que eu gostava bastante. Existem outros, tem o de São Paulo também, mas o de Curitiba eu usei bastante [...] Então aí a gente vai agregando junto o nosso com o delas e aí a gente vai fazendo o nosso (E9).

Relatam que o processo de articulação entre conhecimentos dos protocolos, experiência profissional e o processo de trabalho integrado da equipe possibilitou o alcance dos resultados positivos apresentados.

A gente pela formação já tem contato com os manuais e começou a usá-los. E, pela experiência e a questão de discussão do processo de trabalho e o perfil da equipe [...] a gente pensa muito parecido. Então foi mais fácil construir o processo de trabalho. Em cima dos manuais do ministério e manuais das nossas áreas a gente construiu um processo de trabalho em conjunto. E criamos instrumentos nossos. E eu acho que isso é um dos motivos da equipe ter os resultados que a gente conseguiu (E9).

Os processos de adaptação dos protocolos tendo em vista as realidades e singularidades da realidade são fartamente evidenciados pela equipe. Relatam em detalhes como organizam seu processo de trabalho para dar conta do cuidado adequado às realidades e singularidades do território. Citam exemplos concretos relacionados ao cuidado das gestantes. Diretrizes gerais das políticas são sempre referidas, as maiores evidências são respeitadas, mas também adequadas para realidade da forma possível de ser realizado pela equipe e que dê conta do cuidado.

[...] a gente agrega, pega do protocolo aquela parte técnica que a gente acha que realmente é aquilo e soma com a realidade que a gente tem. Porque não tem quase que um protocolo que um bebê vai passar antes de um mês para odontologia [...] Não. A gente sabe que aquelas mãezinhas que já estão com crianças com três anos já estão cariados e passaram por nós, então vamos mudar isso [...] a enfermeira ou médica passam para gente para tentar mostrar a parte da odontologia, a importância da mãe olhar a boca. Porque tem protocolo que diz que o bebê só vai passar aos seis meses pelo dentista, aos três meses [...] Não, na nossa realidade não dá para ser, então a gente mudou (E9).

O protocolo diz que tem que passar pelos três, mas não estabelece o caminho [...] nós montamos a logística. O atendimento era 'casadinho'. A gente brincava que era para evitar a rota de fuga. Porque às vezes ela quer

o atendimento pré-natal, mas não valoriza tanto o atendimento odontológico ou ela tem medo da vacina [...] então a gente saía da sala já com prontuário, levava para outra sala e a paciente ficava aguardando na recepção. Então ela [gestante] sabia que ia ter que passar pela outra profissional. E, na medida, em que o grupo é feito pelos três profissionais ela acaba vinculando com os três e com agente de saúde. Então ela não é paciente da médica. [...] Não. É feito pela equipe da ESF. Está vinculada a toda equipe [...] a gente sempre falava em resolutividade. Tentar ser o mais resolutivo possível e evitar que ela [gestante] tenha que vir várias vezes no posto se a gente pode resolver num dia só. Então a gente se organizava para isso [...] (E8).

[...] um exemplo [...]. No Caderno de Atenção Básica no Pré-natal, diz que a partir de 32 semanas a consulta é quinzenal. Só que isso na prática, é uma coisa que é difícil de fazer. O que a gente adotou foi pela questão de gravidade e vulnerabilidade. Fizemos assim: até 36 semanas, mensal. Fechou 36, em 15 dias, tendo vaga na agenda ou não. Se não tinha, a gente criava vaga, entrava como vaga extra. Fechou 38 é semanal, tendo vaga ou não, até o parto. Então a gente tinha uma agenda, a responsabilidade dessa gestante é da equipe. Se não tem vaga, o problema é da equipe não da gestante. Então a vaga vai ter que ser 'fabricada' para assegurar que ela tenha o acompanhamento semanal até o momento desse parto (E8).

Mas adequar para realidade, e não necessariamente formalizar num protocolo municipal. Pode adequar a realidade na maneira de fazer, mas a norma está ali (E8).

Referem que os protocolos do Ministério da Saúde deixam muitas vezes em aberto a questão das atribuições dos profissionais repassando a responsabilidade para o nível municipal, mas quando o município não possui este protocolo pode servir de justificativa para alguns profissionais eximirem-se de fazer determinadas condutas por não estar descrito nos protocolos do Ministério da Saúde.

Pelo Ministério, as três podem fazer o pré-natal. Está lá! [referindo-se ao protocolo] A gente tem papéis que está enfermeiro ou médico, mas a gente não pode pedir uma ecografia obstétrica, não pode pedir os primeiros exames. Porque a gente fazia tudo no mesmo dia: eu estou na primeira consulta preciso desses dois, daí preciso do carimbo do médico. Para nós é tranquilo, só que nem sempre existe toda essa cumplicidade e essa confiança no trabalho. Então, eu posso e ao mesmo tempo, não posso. Acho que a grande maioria dos municípios emperra nisso [...] A gente tem código para trabalhar, tem isso e tem aquilo, mas na realidade não pode. Nisso, os manuais do ministério também pecam um pouco porque colocam, te dão toda diretriz, tudo que tu tem que fazer, mas colocam ali: 'Conforme protocolo municipal' (E7).

Dali a pouco, o município não tem o protocolo. E isso serve de justificativa para alguns profissionais não seguirem o que está no Caderno do Ministério, no Caderno de Atenção Básica. Que às vezes: "Não, não tem protocolo municipal. Então não preciso fazer". Mas o Ministério da Saúde está estabelecendo um protocolo [enquanto Diretrizes], então porque precisa do municipal (E9)?

Descrevem suas concepções do grupo de gestante enquanto estratégia do cuidado e de educação em saúde estendido a familiares e acompanhantes das gestantes.

Os grupos também [...] às vezes a gente planejava um grupo. Pegava um assunto [...] anticoncepção, que imaginava que ia ser rápido. Só que às vezes o grupo saía por outros caminhos. O grupo tem vida própria, vamos dizer assim. Às vezes um grupo que a gente achou que ia ser 40 min, ia uma hora. Era complicado cortar o assunto porque se tu perdes aquela oportunidade talvez tu não tenhas de novo. Então, o grupo a gente planejava com determinado horário e a gente sempre tinha uma 'margenzinha' de segurança porque sabia que podia estender um pouco. E os grupos estavam abertos para familiares, esposos ou mães, ou amigas, ou avós, quem elas quisessem trazer. Podiam participar. E o grupo era antes das consultas. Se chamar só para um grupo é difícil elas virem. Mas se a gente fizesse 'casadinho' com a consulta era mais fácil elas virem (E8).

Também falam sobre a questão da avaliação do risco da gestante e como trabalham os registros, embora sem instrumento formal de avaliação, demonstram atenção e cuidado com os limites de responsabilidade da atuação da equipe e a necessidade de encaminhamento de gestantes consideradas de alto risco. As encaminham para profissional obstetra referência no hospital do município que é também referência para outros municípios da região. Relatam períodos de ausência do profissional de referência no hospital. Também referem encaminhamentos para hospitais em Porto Alegre.

Nós não seguíamos aquela questão formal da avaliação do alto risco de preencher cruzinha. Mas essa gestante estava sendo avaliada e classificada. Não tínhamos um instrumento formal de avaliação de alto risco, mas todas as informações são registradas no prontuário e a gente sabe as condições que classificam essa gestante em alto risco. Até porque nós da Saúde da Família não estamos habilitados a fazer alto risco. Então é uma coisa que a gente tem que estar atenta para não passar do nosso limite. O que normalmente acontecia é que a gente encaminhava para alto risco e essas gestantes queriam se manter vinculadas à unidade. Elas ficavam com os dois acompanhamentos (E8).

Descrevem como realizam negociações no cotidiano em situações de trabalho e a importância da integração do grupo para as tomadas de decisão na hora em que uma situação surge e necessita ser trabalhada. Comentou-se que, em relação à saúde da mulher, não se restringindo exclusivamente à gestante, vivenciam a violência contra mulher e em relação à própria criança. Trazem exemplos de várias situações que ilustram o agir em competência da equipe e principalmente a co-responsabilização com o usuário.

[...] uma situação que mobiliza bastante é uma paciente HIV que não aceita tomar medicação e não aceita o diagnóstico. Teve uma que acho que pedi uns cinco exames anti-HIV porque ela não aceitava. Daí a gente foi negociando: “Não, vamos repetir. Mas enquanto a gente aguarda o exame tu segues fazendo teu pré-natal e vamos fazendo tais exames!” E foi a gestação inteira assim. Ela [gestante] negando: “Não, porque eu quero fazer o outro exame”. “Não, eu te dou esse exame, mas tu fazes tal coisa. Faz a eco.” E assim nós fomos negociando. Mas foi bem complicado. E a gente sabe que não tem nenhum mecanismo que obriga essa paciente a tomar o anti-retroviral, se ela não quiser tomar. Isso acabou gerando certa ansiedade. A gente fez contato com o SAE. Daí o SAE: “Não, não tem nenhum mecanismo.” “Tá, mas o que eu posso fazer para obrigar ela a tomar para proteger essa criança?” “Não tem o que fazer, se ela não quer tomar tu vai ter que respeitar que ela não quer tomar”. [...] A gente conseguiu que ela fizesse todos os exames do pré-natal. Agora a questão da medicação [...] Mas pelo menos essa paciente estava sendo vista com regularidade. As intercorrências a gente estava observando [...] foi bem difícil e não foi só uma gestação. Ela não aceitava o diagnóstico de jeito nenhum (E8).

[...] casos também de violência. De apanharem do companheiro, mas daí era mais uma gestação. Já não estava com os outros filhos, já estavam sendo criados por mãe e tem que ficar negociando e fortalecendo ela, porque tinha mais uma [criança] ali e: ‘O que eu [gestante] queria para ele, para aquele bebê agora?’ [...] a gente teve várias assim. E é tudo escondido [...] Então isso vincula lá na segunda, terceira consulta [...] mesmo visitando, mesmo tu conhecendo, até ela colocar claramente: “Não, eu apanhei”, “Eu tô com a marca”. “O que é isso?” “Eu não caí!” [...] essas coisas incomodam bastante porque a gente fica ‘atada.’ Mesmo notificando essa violência. Sim, e daí? Assim, tem vários momentos. Acho que os piores são violência e o HIV [...] e a drogadição, claro (E7).

[...] quando tinha que dar o resultado do HIV positivo, a gente respirava fundo. É uma coisa difícil. Normalmente sobrava para mim [...] porque o exame vinha para o médico. Às vezes a gente conhecia toda situação familiar, por mais que tecnicamente tu estejas treinado. Dependendo do vínculo que tu tem com aquele paciente [...] Os pacientes que tu viste crescer ou uma senhora de setenta e poucos anos, que era nossa paciente há um tempão [...] a gente fez uma sala de espera e ela disse: “Ah, eu vou fazer também!” Uma paciente que tem setenta e nove anos, chegava e beijava todo mundo, dizia que ali se sentia em casa. Acolhida. Quando estava triste em casa, ia ao posto porque ela sabia que ia ser bem tratada. Que iam escutar ela. Iam dar atenção. Ela ficava melhor só de ficar cinco minutos lá dentro. Daí a gente teve que dar a notícia. Foi dolorido para ela e para nós. Então uma sempre estava apoiando a outra [...] a gente viu uma suspeita: “É câncer!” É difícil de dar a notícia. A gente sabe, tecnicamente estamos habilitados e sabe que isso faz parte do processo de trabalho. Agora, no Saúde da Família, a gente se vincula muito às pessoas [...] (E8).

Sobre a oferta do teste rápido de sífilis e HIV para gestantes na equipe Diamante relatam que oferta desde todo o ano anterior a entrevista e como manejam os casos dos resultados positivos, principalmente tendo em vista a gestação. O depoimento mais uma vez reforça como a equipe trabalha integrada, mesmo que a

devolução do resultado do exame deva ser feito pelo médico - “normalmente uma das três [fazia], mas nos ‘bastidores’ (E8)”.

[...] A gente buscava os pacientes. Agora a paciente HIV quando não aceita o diagnóstico é um complicador. Dar o diagnóstico no momento é complicado [...] Acho que teve duas mulheres que a gente não deu diagnóstico na gestação. As outras, o diagnóstico foi feito na gestação [...] já é um momento muito especial. As emoções e os sentimentos estão bem conflituosos. Tu largar uma ‘bomba’ dessas no colo [...] às vezes é no colo da paciente e do esposo [...] Então quando a gente pegava um resultado assim, era [...] (E8).

Ao relacionarem diferentes características dos processos de formação e educação permanente com as experiências de trabalho, pode-se verificar o quanto estes processos estão integrados e agregam na vida no trabalho da equipe.

Pensando em trajetória, quando eu comecei em 1999 na saúde da família e hoje, a gente aprende a ser mais tolerante, a negociar mais com o paciente. Quando tu saís da faculdade tem que ser do meu jeito porque esse é o jeito certo [...] Com os anos tu aprende a negociar. Pode ser do meu jeito ou do jeito que diz o livro, mas vamos tentar chegar o mais próximo disso. Vamos negociando com o paciente [...] Que nem a colega falou, ‘ampliar o olhar’ (E9).

Tu aprendes a ampliar o olhar sobre as coisas. Não é só olhar a amígdala, se tem placa ou não, mas olhar o resto também. Essa visão ampliada o trabalho em equipe te dá, que a faculdade não te dá. A gente aprende a olhar fora do nosso quadrado (E7).

A gente aprende a ter muita flexibilidade, muito jogo de cintura e muita paciência [...] Então, a gente tem uma estrutura familiar, social que está muito diferenciada. Que não é mais aquele ‘quadrado’. Não só a nível técnico, dentro de cada um, da odontologia, da medicina, da enfermagem [...] tem toda essa vivência fora [...] isso a gente vai aprendendo e é a cada dia [...] não consegue nunca dizer: “Bom, eu acho que já vi tudo.” A gente está sempre vendo muito mais e se modificando mais, e se adaptando mais, para poder trabalhar com essas estruturas [...] às vezes a gente se olhava e dizia: “O que a gente está fazendo aqui?” “Não, vamos lá” (E7)!

O trabalho em equipe tão fortalecido domina os depoimentos e um dos aspectos destacado é a rotatividade muito pequena dos trabalhadores – “[...] mas nós estamos juntas desde o começo (E7). A gente que já está assim há um bom tempo juntos tem que ter uma integração muito grande (E8)”.

A gente brinca até hoje. Que a gente só se olha e a gente já sabe o que uma está pensando. Não precisa nem falar porque vários momentos [...] A gente tem essa coisa muito própria de realmente ter conseguido trabalhar em equipe mesmo. Então são três profissionais com formações diferentes e

que a gente conseguiu realmente se manter junto quase dez anos. Acho que isso é um dos ganhos que a gente conquistou (E7).

O próprio agente, durante as educações que a gente fazia permanente com eles. A gente sempre dava 'instrumentos para eles. Eles riam porque já entravam procurando as chupetas, as mamadeiras. Sempre tinha alguma coisa escondida. Então eles vinham: "Doutora, eu acho que ela não está mais no aleitamento. Acho que está dando mamadeira. Então a senhora pega na consulta." Aí eles olhavam na agenda: "Essa daqui é aquela que eu te falei" (E7).

Com relação à equipe de trabalhadores técnicos de nível fundamental e médio: o agente, o técnico e o auxiliar de enfermagem.

Eu acho que isso é um grande segredo da Saúde da Família. A gente conseguir fazer a equipe ter a mesma linguagem. Ter o mesmo 'discurso'. Isso é uma coisa que a gente sempre falava nas reuniões: "Não tem o 'bonzinho' e o 'ruinzinho'. Se é "não", é não para todo mundo. Se é "sim", é sim para todo mundo". A gente sempre falava: "Se acontecer a 'fulana disse' pode fazer"! Se eu não concordo vou conversar com a 'fulana' depois, não na frente da paciente (E8).

A paciente não pode sentir que a equipe está 'quebrada'. Em quem que ela vai acreditar, se cada um diz uma coisa? Então a gente está ali para fortalecer ela. Tem que ter uma uniformidade da linguagem. Se a gente discorda quanto às condutas, vamos estudar, vamos ler, vamos montar uma conduta única que feche mais ou menos com o que todo mundo pense para estar passando para o usuário e para o agente de saúde. Porque o agente de saúde também precisa dessa segurança. Porque ele tem todos os mitos e valores da comunidade que ele está inserido (E9).

Ainda sobre características do trabalho em equipe descrevem como conseguem constituir esses momentos de convivência para poder construir a sintonia fortalecendo as relações na equipe.

Oito horas a fio! (risos) Sem sair ao meio-dia de lá (E7).

É porque a gente chega a almoçar junto. Então tem muita intimidade no fim. Muitas coisas (E9).

A gente acaba [...] vai além do só profissional. A gente constrói uma amizade. Acho que isso é importante. A confiança no colega (E7).

Acho que respeito pelas outras categorias profissionais. Saber ouvir. Estar aberto a mudanças. Acho que essas três coisas contribuem muito para o trabalho em equipe (E8).

Quando uma tinha uma idéia, trazia: "Olha, estou pensando em fazer isso, o que vocês acham?" "Ah, não. Quem sabe tu fazes assim?" Todo mundo ia compondo junto. Mas o trabalho, o resultado final, era fruto de todo mundo pensando junto (E8).

Ressaltam a importância das diferenças de ‘competências’ de cada profissional em sinergia de forma a potencializar e agregar no trabalho da equipe.

A colega é muito da prática! Ela adora uma tabela, um ‘dado’! (risos) já a outra colega tem a questão da humanização, da paciência, do notebook que ela sabe fazer as coisas que eu não sei. Então a gente ia juntando um pouquinho de cada um (E9).

Eu acho que importante no trabalho da equipe é que sempre uma estava disposta a apoiar a outra. A gente não consegue se manter forte o tempo todo e não tem pontos fortes em todos os setores. Então cada um tem o seu jeito de ser. E é mais forte ou mais frágil para algumas situações. Então quando a gente tinha que se confrontar com uma situação que a gente se sentia mais fragilizada, a gente sempre pode contar com o apoio da outra. Não só das gurias, mas dos técnicos de enfermagem também [...] (E8).

Sobre as reuniões de equipe trazem a importância de valorizar e não abrir mão deste espaço, mas que é muito difícil conseguir mantê-lo devido à demanda - Isso a gente não abria mão! Só das reuniões de equipe [...] (E7). No máximo conseguia deixar uma hora (E9).

E olhe lá! Fica-se na unidade, é o tempo inteiro na porta: “Só um pouquinho, só um pouquinho!” Que nem agora, veio aqui alguém chamar, então, não existia! Por mais que tu quisesses construir, a gente se organizava para isso e: “Não. Vamos fazer isso fora do horário” No almoço que a gente: “Ah, não vamos falar”, mas quando via ‘pá’, estava saindo (E7).

O tempo inteiro [...] a gente fazia aquela troca, aquela coisa porque era o momento que a gente tinha. Eu acho que isso foi fortalecendo a gente também. Isso fez com que a gente fosse se ‘moldando’ e conseguisse ficar em equipe mesmo (E7).

Eu e a ‘R.’ somos mais explosivas. A ‘M.’ era mais tranquila. A gente dizia: “Vamos conversar com a ‘M.’ que a gente baixa”, diminui o nível de estresse. Então, isso é importante para o processo de trabalho fluir (E8).

Falam de situações difíceis, que pelo sentimento verdadeiramente de equipe, vínculo e comprometimento entre si e com os usuários, um apoiava o outro de acordo com as características de cada um, o que ajudava ao trabalho fluir de forma menos sofrida. Reforçam que mais do que o título ou a formação é importante o perfil para o cuidado em saúde coletiva – “Tem que ter perfil, não adianta! Tu podes ser o que for. Pode ser mestre. Se tu não tens o perfil não adianta, só fala bonito [...]” (E7).

4.4 Equipe de Saúde Ônix

A equipe Ônix está inserida no mesmo município da equipe Diamante. A composição da equipe Ônix é formada por uma enfermeira (E10) atuando há quatro anos na equipe com vínculo empregatício celetista (baseia-se nas regras da CLT), realizou Residência Multiprofissional realizada na Escola de Saúde Pública do Murialdo. A médica (E11) da equipe entrevistada atua há cinco anos na equipe e possui com vínculo empregatício estatutário e especialização em saúde coletiva, porém encontra-se afastada do trabalho por motivos de doença sendo substituída pelo médico contratado através do Programa Mais Médicos. E a cirurgiã-dentista (E12) da ESB está há quatro anos na equipe de saúde e assim como a enfermeira possui vínculo celetista com a prefeitura e também realizou residência Multiprofissional na Escola de Saúde Pública do Murialdo e especialização em saúde coletiva.

O grupo focal realizado iniciou o debate abordando o tema dos protocolos usados pela equipe Ônix direcionados à gestante, puérpera e bebê da equipe. Referem que em 2010 por sentirem a necessidade de melhor contemplar a realidade do território os trabalhadores tomaram a iniciativa e reuniram-se para construir um protocolo municipal para o cuidado à gestante, bebê e puérpera. Participaram também da construção do protocolo a médica e a enfermeira da Equipe Diamante, que convive na mesma Unidade de Saúde. Foi realizado convite aos demais profissionais para as outras equipes de saúde do município, mas foram as duas equipes aqui estudadas Ônix e Diamante que se dispuseram e construíram o protocolo. O objetivo também foi padronizar o cuidado para que todas as ESF trabalhassem nas prerrogativas da estratégia de saúde da família e de forma mais coesa. A diversidade no modo de trabalho das equipes do município dificultava o planejamento e estudos estatísticos.

[...] Quando a gente entrou sentiu essa necessidade de ter protocolo municipal. Apesar de usar como referência os Cadernos de Atenção Básica [Ministério da Saúde], que é o que a gente mais usa de referência em todas as doenças e atividades programáticas referentes à atenção básica. Mas [...] tinha uma necessidade porque tem coisas que são de realidade local que não são contempladas nos Cadernos de Atenção Básica e porque também enfermagem não tem protocolos. Não tinha no município. Continua não tendo. A gente fazia muita coisa, mesmo sem protocolo. E continua fazendo [...] Mas não é o ideal. O ideal é que a gente pudesse ter. Então,

por iniciativa dos trabalhadores, a gente solicitou para coordenação [...] em 2010, para fazer esse protocolo duas enfermeiras e duas médicas se disponibilizaram. As duas médicas da Unidade e as duas enfermeiras [...] sentamos e construímos os protocolos. Mas foi um convite aberto para mais trabalhadores participar [...] (E10).

[...] a gente queria também padronizar o atendimento [...] No fim, era sempre assim [...] éramos a que trabalhava mais. Tanto é que foi mesmo. A gente trabalhava muito, mas gostava do que fazia. Mas também não é justo tu fazer um monte de coisa e a outra equipe não fazer. Que nem a gente fazia a 'papelada' toda da Rede Cegonha [...] E os outros nem faziam. Ficava uma coisa muito chata. Era uma das finalidades dos protocolos. Padronizar que todas as equipes de saúde da família [...] nas mesmas bases. Até para poder fazer depois uma estatística, se não tu não tem como fazer (E11).

Reconhecem o protagonismo da equipe na construção dos protocolos. A equipe "se reunia uma vez por semana (E10)". Compreendem ter sido um momento importante também do ponto de vista da educação permanente. Acreditam que o protocolo seria uma forma da atenção básica fortalecer-se e ter maior apropriação do cuidado de forma qualificada – "para que atenção básica se fortalecesse e dissesse: "Não, é isso, é dessa forma". Porque quando é: 'cada um faz de um jeito', fica difícil se comunicar. Então é uma dificuldade que a gente tem aqui [...] (E12)".

A área da saúde bucal também participou da proposta de construção de protocolos.

[...] na verdade a construção dele foi feita por mim, por uma outra dentista da Unidade Básica Tradicional e pela coordenadora de saúde bucal da época [...] (E12).

[...] O objetivo era para que a gente pudesse discutir esse protocolo de saúde bucal entre os dentistas e depois discutir esses protocolos de uma forma mais integrada. Mas esse processo não terminou ainda, ele meio que estagnou. O protocolo foi construído, mas não chegou a ser aprovado, implantado e discutido numa forma mais ampla. Mas aqui na equipe, é mais ou menos o que a gente utiliza (E12).

Porém, a equipe Ônix relata que os protocolos não chegaram a ser discutidos, aprovados e implantados conforme o planejado inicialmente. Apesar disto a equipe o utiliza. Concluído o protocolo e apresentado ao gestor municipal não ocorreu a aprovação final. Com a troca de gestão estão procurando novamente a aprovação e realizaram atualização do protocolo construído – "Sim, terminamos o protocolo, foi apresentado ao gestor municipal. O gestor municipal era médico, não aprovou o protocolo" (E10). "Médico mais velho do que eu, mais problemático" (E11).

[...] teve uma tentativa de passagem pelo CRM, mas o CRM [...] Enfim, a gente colocando que não havia essa necessidade. Todos os problemas, a mesma coisa que a colega trouxe política, enfim. Teve uma nova tentativa no ano passado, no início desse ano. Tava caminhando. Trocou o gestor. E agora estão tentando de novo. (E10)

A gente até sentou e deu uma atualizada nele [protocolo]. A gente usa como referência porque ele tem como referência, 'sim', os Cadernos de Atenção Básica e algumas prerrogativas de estado [SES]. A gente pegou a Sociedade Brasileira de Ginecologia, a Sociedade Brasileira de Pediatria, e trouxe algumas atualizações que os Cadernos de Atenção Básica, alguns são de 2006. Para que todos trabalhassem nas mesmas prerrogativas de ESF (E10).

Muitas falas da equipe destacam dificuldades do município com relação ao sistema de referência para atenção especializada na saúde. Na saúde bucal especificamente a única referência organizada é a área da cirurgia bucomaxilofacial, não há Centro de Especialidades Odontológicas. Muitas vezes é iniciativa e influência do profissional da atenção básica o encaminhamento para algum serviço de referência nesta área.

E também por uma dificuldade que tem, aqui no município com os outros níveis de atenção. O Pronto Atendimento, o Hospital, enfim. A gente tem uma dificuldade [...] bem grande (E12).

Nossa única referência [...] só tem para bucomaxilofacial. Agora tem dois [cirurgões bucomaxilofaciais]! A discussão do CEO [centro de especialidades odontológicas] entre os dentistas também surgiu. Mas ainda não está evoluindo [...] a gente acaba usando contatos da 'vida' [...] Agora a gente tem com Telessaúde alguns outros contatos. E acaba conseguindo algumas coisas por ali. Por ter feito residência em Porto Alegre tu também conhece algumas pessoas [...] para algumas coisas a gente consegue. Mas mais para a parte de Estômato, de resto é bem mais difícil (E12).

Isto também se reflete no referenciamento da gestante de alto risco devido à instabilidade da presença de profissional médico especialista em ginecologia no serviço de referência — "É que às vezes tem médico para atender, às vezes não tem. Só isso (E11)". Muitas vezes seguem fazendo o acompanhamento das gestantes de risco na atenção básica mesmo não sendo o protocolo "[...] Porque não existe um serviço de alto risco, existe um ginecologista que [...] (E10)".

[...] mesmo assim, a gente continuava dando um atendimento. Só que era uma coisa que eu dizia: é muito triste, porque se der um "pepino" e a mãe

morre e coisa, quem é que atendeu? "Dra. Tal"! E não era minha obrigação. Pelo 'troço' do ministério todo é alto-risco (E11).

Habilitaram um serviço de ecografia que o homem achou próstata em uma mulher [...] A vesícula, ela tinha feito cirurgia. Achou vesícula, daí eu mandei repetir, daí não achou mais. Um serviço péssimo. Aí tu pensas, manda uma gestante, voltando à gestante. Para que então (E11)?

Segundo relatos algumas gestantes possuem planos de saúde, mas mesmo assim a equipe faz a busca ativa pela odontologia e independente de ser ou não de risco seguem fazendo acompanhamento das gestantes na equipe.

[...] a equipe tem aqui algumas gestantes que têm um nível sócio-econômico um pouco melhor. Que fazem [atendimento] pelo convênio. Tem essas que vão para o alto-risco. Mas a conduta da equipe é: independente dessa gestante faz em convênio ou ser de alto-risco, continua em acompanhamento aqui dentro da unidade. E às vezes [...], a gente usa a parte da consulta odontológica para tentar chamar. E a gente trabalha muito isso com os agentes. Como um diferencial. Porque nos convênios não tem. E a gente faz grupos também. Depois do grupo ia para odontologia, depois da odontologia ia para a consulta comigo, que era tudo na quarta-feira (E11).

Demonstram um profundo processo de descontentamento diante das políticas Rede Cegonha e PMAQ principalmente devido à falta de qualquer tipo de retorno às equipes – "Nós participamos de dois (ciclos do PMAQ) e a gente não tem retorno (E10)". "Eu com 36 anos de profissão, 25 de município, de governo, não vejo saída. Acho que está cada vez pior (E11)".

Eu acho que a gente preenche muito papel e não tem retorno nenhum. Esse tal do Cegonha, para mim já virou uma 'ema' porque preenche para cá, preenche isso, faz teste rápido, bota ali [...] não sei o quê. E o que é que vem? Nada! O tal do PMAQ. Reunimos-nos quantas vezes na casa da colega, na casa da outra [...] Porque aqui não dava. Porque as pessoas interrompiam. O que aconteceu? Cadê o que nós pedimos? Nada! O dinheiro está num fundo! Estamos sem ar condicionado. O papel, a gente que tem que comprar (E11).

Apresenta visão acentuadamente crítica com relação às alterações relacionadas aos sistemas de informação da Rede Cegonha, principalmente com relação ao preenchimento. Reconhecem a importância do registro das informações, mas reclamam da falta de orientação – "O formulário é bem completo. Mas ele não é didático não é operacional. Ele não vai dar certo. Na minha perspectiva a Rede Cegonha não vai dar certo [...] (E10)".

Não se consegue preencher aquilo lá. É impossível com a quantidade [...] E não só pelo número de pessoas. É de difícil manejo. Isso que a gente já tem “a cancha” e preenche acreditando e entendendo o porquê está preenchendo. Sabe que é importante, mas a maioria dos profissionais acha que é só um preenchimento de papel. “Para que preencher esse papel, se esse papel nunca tem retorno?” E mesmo se tem, ele é muito difícil de preencher, é muito complexo. Eu não sei se foi a gestão municipal do município que não soube nos orientar. Teve vários contratemplos ali. Iniciamos preenchendo de um jeito, depois reformulamos. Até agora não se tem uma uniformidade no preenchimento dele. Quando a gente tem dúvida de como preencher, a gestão não sabe responder como preenche (E10).

É que tem que ser prático, a nossa demanda é enorme. E tu vai deixar de atender uma gestante com queixas, depressiva, chorando para preencher um papel? Tu não vai preencher o papel. A gente preenche porque é teimosa (E10).

Sobre a realidade das gestantes no território relatam possuir um quantitativo grande entre gestantes jovens e acima de 35 anos.

A gente tem um quantitativo muito grande. Tem épocas de perfil de gestantes jovens e teve um pico de gestantes acima de 35 anos que continua. Está aumentando o índice de gestantes que a gente chama de idosas (E10).

[...] nesse período onde a gente viu um aumento de idade, gestantes mais velhas, na parte de saúde bucal, muita gestante com periodontite. Apareceu muito mais. Assim, coisa que eu não dava conta aqui. E particular elas não tinham dinheiro para fazer o tratamento e não tínhamos referência. Isso foi uma coisa bem ruim. Ainda liguei para coordenação. Falei: “Não, mas não dá para esperar.” Porque tem alguns dentistas na rede que tem essa especialidade. Não dá para de repente pensar num serviço de referência, que seja para gestante? Então, se a gente não consegue abraça tudo. Mas enfim, não se construiu (E12).

Sobre a captação precoce das gestantes falam:

É tranquilo. A gente tenta fazer a primeira consulta do pré-natal facilitado. [...] não ter agendamento para paciente com amenorréia. [...] Chega com atraso menstrual é passado como se fosse um acolhimento. Se tiver atraso maior do que 10 ou 15 dias passa, ‘teoricamente’, para o seu enfermeiro de referência. Se tivesse a outra enfermeira [...] aí a gente faz o teste de gravidez urinário. Comprovando gravidez, inicia ácido fólico, pede os exames, a eco e marca a primeira consulta do pré-natal. E faz o teste rápido [...] Quando tem tempo, faz o teste rápido nesse mesmo atendimento ou faz na primeira consulta pré-natal agendada (E10).

Quanto ao cuidado às crianças foi destacado o Programa Saúde na Escola (PSE). O município aderiu com dez ESF e atendimento para dezessete escolas.

Trazem que a equipe aderiu com uma escola de 1300 alunos e destacam a dificuldade do acesso a avaliação oftalmológica no processo.

A escola é enorme, uma escola com 1300 alunos. Tem gente há um ano e meio na espera! Foram examinadas, na pesquisa que a gente levantou dados e terminou agora, foram quinhentas e oitenta e poucas crianças avaliadas, 53 precisavam [de oftalmologista] era 10%, foi bem alta! Dessas 53, 20 conseguiram passar na oftalmologia e o projeto aconteceu em 2010. Nós estamos em 2013! (E10)

Sobre como a equipe constituiu seu trabalho de equipe relatam:

Mas a gente só chegou ao patamar que a gente conseguiu chegar por iniciativa profissional e própria. Individual. Porque tinha pessoas que acreditavam e gostavam do que estavam fazendo e, por acaso, caíram na mesma unidade. Foi sorte. E aquelas que não estavam no mesmo 'pique' acabaram entrando e foi indo. Umas mais devagar, outras mais rápidas. Mas foi que nem uma multidão foi indo, uma levando a outra. Porque são só mulheres [...] Então teve esse desmoronamento. Todas estas questões. E a gente agora está se reerguendo e tentando se reerguer sozinha, com certeza (E10).

Sobre o valor que teria o trabalho que realizam para suas vidas destacam que o que mais agrega é a prática do dia a dia no campo da prevenção e promoção de saúde.

Trabalhar com saúde da família. Tu tens resultados imediatos, poucos, mas tem. A maioria dos resultados vai ser em longo prazo ou invisíveis. Tu preveniste um infarto, tu não vai ver o infarto. Mas a pessoa não teve o infarto porque você fez o acompanhamento correto do hipertenso [...] A gente trabalha muito com os agentes isso: "Ah, mas porque tu está vindo na minha casa se tu não me trás uma consulta, se tu não me trás um aparelho de pressão?" Isso é uma briga eterna. "A população não vai entender que aquela tua orientação é uma prevenção de uma coisa que vai ser invisível porque ela não vai acontecer." Isso é gratificante. Saber que somos agentes de mudança [...] existem muitos resultados que são invisíveis e esses são os que enriquecem o nosso trabalho (E10).

Porque se a gente pensar no nível de gestão e dessas coisas mais macro [...] daí pensa: "Faz pouco tempo que a gente está para gente estar desmotivada". Pensando: "Não adianta fazer nada, vou cruzar os braços, vou só fazer atendimento clínico e é isso." Então eu me agarro muito a estas coisas menores da prática, que a gente vê um resultado com as famílias. Mesmo que não seja maioria. Perceber que tu fizeste alguma diferença (E12).

A experiência do trabalho da equipe levou a compreensão de que trabalhar interdisciplinarmente com a medicina é possível conforme o relato:

[...] a gente vê que é possível. Uma pessoa com anos de formação, dentro das suas limitações, que é a formação médica que limita que engessa que não deixa trabalhar junto, conseguiu. É possível, sabe? Então uma empurrando a outra e, foi indo, e deu certo. A gente diz isso com liberdade para colega. A gente sabe que a categoria médica é uma categoria muito difícil para trabalhar interdisciplinarmente. Ainda mais ela com uma formação de muitos anos. Eu sempre brinco que quando eu a conheci, eu tinha vontade de correr. Eu disse: “Eu não quero ficar nessa equipe” (E10).

O vínculo pessoal estabelecido pela equipe Ônix é um dos aspectos positivos reafirmados e o que certamente a diferencia, em sua opinião. Trazem a questão das substituições de profissionais e a falta que sentem do trabalho em equipe construído.

É. A gente se dá super bem. Tanto com o ‘um’, com o que sobrou do ‘um’ [equipe Diamante], e o ‘dois.’ [equipe Ônix] Fizemos uma festinha quarta-feira, o ‘um’ e o ‘dois’ mais o pessoal que saiu [...] [Choraram] (E11).

A gente está falando assim um pouco para vocês de quando a gente estava enquanto equipe. Hoje é outra realidade. Está bem diferente. Então a gente está falando do que a gente acredita. A gente está reconstruindo tudo (E12).

Informam que houve contratação de dois médicos de origem Cubana através do Programa do Ministério da Saúde Mais Médicos – “Não sei, eles estão meio perdidos ainda, a papelada é muito grande (E11)”. Substituíram os médicos que saíram da equipe e demarcam certa esperança na reconstituição das atividades com a chegada desses profissionais. — “É que eles chegaram agora a duas semanas. Então é muito recente. Mas acho que vai dar certo, vai dar sim (E10)”.

Destacam que não se sentiam abaladas somente com a substituição do médico, mas com as mudanças e perdas que as equipes sofreram com a entrada de um profissional administrativo com cargo em comissão.

É, até por isso que eu disse. Não é só a saída do médico. Teve mudanças e problemas da equipe toda. Tudo pela questão política. Houve a entrada de um profissional administrativo por indicação política e que não se adaptou à equipe toda e teve a mudança. Nós tivemos perda de [...] Essa pessoa chegou e não estava no mesmo passo que a gente. Esse administrativo destruiu o serviço todo. Um cargo de confiança (E10).

Prosseguiram falando das mudanças nas equipes das dificuldades e de como se sentiam em relação a elas.

Ele é colocado dentro da equipe. A essa pessoa se dava o cargo de diretor da equipe. Essa pessoa achava que poderia interferir nos agendamentos, atendimentos e fluxo de trabalho por questões políticas. Porque nós vínhamos numa construção de trabalho desse envolvimento com os protocolos, por acreditar que isso era importante [...] que a gente ia atrás de mais conhecimento. Por querer trabalhar com indicadores, por querer fazer um serviço de qualidade (E12).

Ele saiu. Mas conseguiu tirar a daqui a enfermeira e a dentista e o médico da outra equipe de ESF. Duas equipes separadas (equipe Diamante e Ônix), mas que caminhavam juntas. Tinham suas peculiaridades porque a população é diferente. A da Equipe Diamante é mais pobre, a nossa (equipe Ônix) é mais elite (E11).

Com relação ao trabalho integrado das equipes Diamante e Ônix que convivem na mesma unidade — "Sim, trabalhávamos juntos. Mas tinham diferenças, algumas diferenças no processo trabalho, mas por conta de questões profissionais (E10)".

E pessoais. O jeito que eu lido é diferente do da colega [médica]. Mas o objetivo era o mesmo. Tanto assim que o grupo de hiperdia, [...] nós fazíamos tudo junto. A gestante, não. A gestante era por equipe. Não, a mesma coisa. Porque, por exemplo, se a colega tinha um problema e ia viajar ou estava doente, eu atendia as urgências dela (E11).

Quanto ao trabalho das ACS no acompanhamento da gestante, bebê, e puérpera falam:

Foram capacitados [os ACS]. A gente não sabe como foi essa capacitação. Mas quando a gente entrou, a gente traz muito a questão do acompanhamento mensal. Coisas que já estão protocoladas, nada muito diferente. Mas aquelas que são de risco, a gente solicita um olhar muito maior. A questão de saúde da mulher e saúde da criança, eles estão bem. Uns mais preparados por questão pessoal, outros menos. Acho que na temática de saúde da mulher e saúde do recém-nascido é tranquilo. Eles conseguem fazer esse manejo. Quando nós três chegamos, a gente tinha uma realidade de muitas gestantes que faziam o pré-natal em outros serviços, serviço público mesmo. Porque nós somos divisa. Algumas em serviço de convênios (E10).

[...] Quando chegou a gente disse: "Não. A gente quer essas gestantes aqui [...] independente da onde for." Então de 20 gestantes nós pulamos para 50/60 no mês. E foi por eles [ACS], tenho certeza que foi o chamamento deles. [...] "Quem sabe vem com a gente que nós temos grupo, temos médica de família, enfermeira, a médica e a dentista fazem o pré-natal [...] é um serviço diferenciado." Elas [gestantes] começaram a vir e comparar o seu pré-natal com ginecologista, mesmo que em convênio. A gente ouvia dos pacientes: "Ah, o meu médico do convênio não é assim comigo, nunca olha para mim" (E10).

Falam da falta de investimento municipal nas políticas de saúde especialmente na questão da política de gestão de trabalhadores — "Só que o município teve uma 'deterioração geral' [...] desde que eu entrei. Acho que em poucos anos, quatro anos para fazer isso aqui. Decaindo. Decaindo em vários [...] Perder servidor, não reconstruir programa, não valorizar (E10)".

Retomam questões relativas ao trabalho em equipe dizendo que conseguiam debater, conversar e construir coisas juntos, mas fora da Unidade sentiam que tudo era muito mais difícil e desmotivador.

Nas equipes, a gente sempre teve muita liberdade para conversar. Para discutir nossas divergências, nossas [...] O que a gente pensava em comum para tentar construir as coisas juntos. Sempre foi muito tranquilo. Saindo daqui, muito difícil [...] é bastante desmotivador, porque a gente tentava levar algumas coisas para reunião de estratégia da saúde da família. A questão dos protocolos. Foi por iniciativa dos profissionais. Também tentamos juntar outros profissionais [...] (E12).

O que a gente vê, viu e percebe de alguns colegas, não é eles querendo entrar nessa e ir junto. Assim: "[...] que bacana tão fazendo um trabalho legal, vamos construir também." "Ah, que saco! [...] elas inventaram agora que a gente vai ter que [...]" a gente compartilha desse sentimento. Acredito que não teve essa valorização, porque a gestão poderia valorizar isso e então pegar [...] (E12).

Como exemplo, relatam a realização de levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal das crianças no território o que teria evidenciado alto índice de cáries. Mas não sentem que esta atividade tenha sido considerada importante pelo gestor. Sentem resistência da gestão para inclusão da saúde bucal nas políticas de saúde.

[...] Fizemos levantamento epidemiológico da área. Não tinha no município. [...] A gente conseguiu dados interessantes. Um dos dados foi das crianças [...] Índice de cáries mais elevadas. A gente focou e foca ainda bastante na questão das crianças com grupos, outros trabalhos. Foi levado para o gestor. Fizemos o relatório. Dissemos: "Precisa levantar isso no conselho municipal de saúde, precisa apresentar no [...]" (E12).

Resistência da gestão para que os dentistas estejam juntos nas campanhas de vacinação. Isso é bom para gestão [...] vai ter dados para mostrar. É um marketing, vamos dizer. Nem no conselho municipal de saúde foi apresentado [...] Vamos discutir com as outras equipes [...] Nada! Aí mudou coordenação de novo. Levei todos os relatórios [...] Nada! Daí tu te desmotiva! Sei que isso é importante para o meu trabalho. Isso me ajuda no planejamento! Mas e daí né (E12)?

Mesmo que a equipe enfatize sua identificação com o trabalho na estratégia da saúde da família, sente-se desvalorizada e em sofrimento com a própria desmotivação.

[...] tu ficas pensando na 'teoria da vantagem' [...] Para que eu vou fazer, vou ganhar a mesma coisa. Somos burras de ficar trabalhando que nem umas loucas tentando melhorar? [...] nunca tinha trabalhado assim [...] sempre trabalhei na prefeitura [...] atendia umas consultas, ia embora. Tinha um monte de emprego. Adorei o serviço de saúde da família. Acho que todo médico tinha que fazer antes de se especializar. Ao mesmo tempo tu ficas pensando: a gente faz, acha que vai ser um bem para comunidade que nem a colega dizia: "A gente tem que insistir porque se depois de 10 anos conseguir mudar um pouquinho a cabeça, já foi dado." E os outros não fazem nada? Então é uma coisa muito chata. Acho que a gestão não só municipal, como estado, como qualquer coisa, é um lixo! É tudo demorado e é empenho e não sei mais o que [...] (E11).

Resumo da ópera: a gente está tentando relutar [...] não quer perder essa garra de achar que as coisas têm que mudar e que a gente tem potencial para que as coisas mudem de fato. Que a gente pode ser agente de mudança da realidade da saúde da população brasileira, mas tem a desmotivação. E a gente não quer chegar ao ponto de dizer: "Então, tá! Vamos fechar aquela porta e ser a enfermeira, a médica e a dentista da porta de dentro para cá." A gente pode fazer isso [...] É muito mais fácil, é menos estresse (E10).

4.5 Equipe de Saúde Rubi

O município quatro em que está inserida a Equipe Rubi apresenta uma população de 4.201 habitantes. Foi avaliado no PMAQ/2012, com uma equipe de saúde da família e uma equipe de saúde bucal modalidade I. Há época com 100% cobertura de Atenção Básica, 100 % Saúde Bucal e 82 % de Equipes de Saúde da Família. Não possuía Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Centro de Especialidades Odontológicas ou Laboratório de Prótese. Constata-se alto o índice de cesárea sendo 67,6% em 2010, 65,5% em 2011 e 72,5% em 2012 (SINASC, 2010/2012). O índice de gestação na adolescência Rubi foi de 5% (2 gestantes) (SINASC, 2010/2012).

O município possui apenas uma Unidade de Saúde e a Equipe de Saúde da Família entrevistada atua no mesmo espaço físico em que trabalham médicos especialistas (ginecologista, obstetra, psiquiatra e dois pediatras), e profissionais de diversas áreas da saúde (dois psicólogos, nutricionista e fonoaudióloga).

A composição da equipe de saúde da família que foi realizada a entrevista encontra-se em transição. Quanto à enfermagem, uma enfermeira (E13) que não possui especialização é a profissional que está assumindo a ESF e a enfermeira (E14) com especialização em saúde da família acumulava a atuação há um ano na ESF e no Pronto Atendimento e deverá atuar exclusivamente no Pronto Atendimento. É a única profissional com vínculo estatutário. O médico que está a três meses na ESF não pôde comparecer ao grupo focal, tendo sido entrevistado o médico (E15) contratado há aproximadamente um ano através do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e realiza especialização em Saúde da Família na Universidade Federal de Pelotas. O cirurgião-dentista (E16) que atua a oito meses na ESF está realizando especialização em Ortodontia e possui concluídos cursos de cirurgia oral, cirurgia oral menor e prótese fixa. Todos os profissionais que atuam na unidade de saúde, com exceção da enfermeira (E14), são vinculados ao município através de contrato temporário.

Iniciando a descrição dos resultados produzidos por Rubi no grupo focal sobre o seu agir em competência no que diz respeito ao uso de protocolos de atenção à saúde da gestante, puérpera e bebê, Rubi refere não utilizá-los.

[...] como a nossa unidade funciona com especialista, é até um luxo! São dois pediatras e um ginecologista. Eles seguem o protocolo deles. Não existe um protocolo do SUS que a gente segue ou um nosso. Cada profissional segue [...] até que as pediatras entre elas mesmas têm protocolos diferentes. Vem da formação delas. E o ginecologista [...] para o pré-natal e gestante acaba sendo a mesma coisa (E15).

Defendem que pelo fato de as gestantes terem acesso não precisa protocolo de atendimento e o município não teria porque ter Estratégia de Saúde da Família, ainda que isto não seja um consenso de todos os integrantes da equipe.

[...] como o ESF foi uma criação voltada para município carente de médico [...] seguir protocolo [...] o nosso [município] [...] talvez nem tenha necessidade de criar um protocolo para gestante. Como falei, parece um atendimento particular [...] algumas coisas a gente tem que aproveitar da ESF. Talvez essa seja uma dificuldade de se implantar. Porque implantar uma ESF aqui? Nós estamos tendo acesso [...] a população muito pobre aí tem que ter. Agora, no nosso município não vai ter uma mudança muito grande na qualidade do atendimento com o ESF [...] (E15)

É uma situação bem peculiar nossa unidade. Nossa dificuldade, entre aspas, é isso [...] temos um atendimento que já é muito bom. Algumas falhas a gente corrige [...] para isso que o ESF serve [...] A gente tem já um

atendimento muito bom, mas de demanda espontânea. O que tem que melhorar é descrever mais a população em geral [...] Não deixar passar batido algumas pessoas que deveriam vir no posto e não vem [...] isso é o principal (E14).

Quanto ao acolhimento das gestantes, na opinião de Rubi, é feito no momento da consulta com o médico obstetra e não costumam realizar busca ativa das faltantes – “[...] Não tem um protocolo de busca ativa por ser um número muito pequeno todo mundo se conhece. As agentes de saúde sabem quais mulheres estão fazendo [...] (E15)”.

[...] de minha parte eu consigo fazer o acolhimento. Porque eu fico ali junto na hora. Elas [gestantes] vêm para consulta com o obstetra [...] Eu as vejo, já acompanho [...] consigo falar com elas até porque preciso de dados para alimentar o Sisprenatal. Faço tipo um [...] Não é “o” acolhimento aquele acolhimento do tempo correto. Mas eu consigo fazer [...] Então a gente tem esse acompanhamento nesse sentido (E13).

Pelo relato de Rubi o contato com a puérpera ocorre quando retorna do hospital para a realização dos exames obrigatórios do bebê na unidade de saúde.

[...] A gente tem o controle porque todas elas fazem teste do pezinho [...] BCG, teste do olhinho. A triagem auditiva, tudo isso a gente oferece. A fonaudiologia faz. Então esse retorno sempre tem nas gestantes. O hospital as orienta a virem até a unidade básica de saúde dentro do terceiro a sétimo dia de vida [...] A gente tem um contato bem importante com o hospital na questão das vacinas, na questão de alguma orientação ou de algum problema, ou para acompanhar a icterícia da criança (E13).

As gestantes referenciadas aos serviços especializados por motivo de alto risco, na opinião de Rubi, acabam necessariamente retornando para o acompanhamento pelo fato de a unidade de saúde ser o único serviço de atendimento do município – “É porque a única unidade é só aqui. Então se elas têm que fazer acompanhamento de pressão, HGT, peso [...] vão vir pra cá [...] isso a gente consegue ter essa identificação (E14)”.

As crianças são atendidas pelos dois especialistas pediatras com atendimento por demanda espontânea – “Na verdade é uma procura espontânea das mães virem buscar [...] Às vezes a gente identifica, as agentes de saúde. Porque elas passam que tem que fazer o teste do pezinho. Que nem a gente tem esse vínculo com o hospital” (E13).

[...] quando eu estava fazendo, descrevendo a unidade lá para o meu curso, falei: “O nosso [...] [município] parece, pelo menos pelos especialistas, e também pelo próprio ESF consultório particular”! Quem procura é o paciente. A gente não tem nada [...] tem os especialistas. Vão atender bem direitinho, conseguem fazer os exames. Porém não existe inscrição mesmo, de a gente saber quem é que está indo no posto, quem está faltando, quem [...] isso ainda não tem (E15).

Relativo aos protocolos de saúde bucal para gestante, puérpera e bebê relata que em função da demanda e carência de atendimento na saúde bucal no município ainda não priorizam o atendimento às gestantes tendo participação eventual no grupo de gestantes e focando mais nas crianças e escola.

Participo do grupo de gestantes eventualmente, quando solicitam [...] mais mesmo a gente foca nas crianças, na escola, na prevenção, orientação e avaliação [...] tem uma outra colega que vai mais à escola. Tem mais um dentista, são três de 20 horas cada [...] a gente estava bolando essa ideia [priorizar gestantes] porque quando eu entrei esse ano a demanda estava muito grande. Não deu tempo. [...] Essa colega nova começou a gente não estava conseguindo nem cobrir as escolas [...]. Agora a gente está começando a respirar de novo para poder montar um protocolo, alguma coisa. Pensar em atendimento mais específico [...] até então a gente estava mais cumprindo a demanda porque estava carente. Até a oitava série a gente faz uma avaliação e fluoretação (E16).

O serviço de Pronto Atendimento complementa as ações de saúde que não são realizadas na ESF – “Porque se for para fazer uma medição, que não precisa do atendimento médico do ESF pode vir na unidade de Pronto Atendimento que as técnicas fazem (E15)”.

Rubi relata o reinício do grupo de gestante que teria ficado um período inativo – “[...] A gente teve um agora. As agentes de saúde trazem esse retorno de que [...] querem que tenha grupo de novo então [...] ficamos um período sem e elas [gestantes] cobram porque têm medo de não receber o kit” (E14).

Acontece depois do expediente, das 19h às 20h30min. Aí, nunca falta consulta com o obstetra, [...] o médico que trabalha aqui é bem parceiro aceita encaixe. Digamos que a gestante fale: “Estou com um sangramento!” Ele aceita mesmo que a agenda dele esteja lotada [...] Todos os profissionais participam [do grupo] tanto obstetra, pediatra, dentista, o S. [médico PROVAB] participou vários dias [...] vejo uma equipe bem parceira para trabalhar [...] Não fica pesado pra ninguém porque todo mundo participa. É um grupo que dura uns dois meses a três meses com encontros quinzenais. Dá uns oito encontros (E14).

A participação [...] é bem boa, mesmo as que fazem pré-natal particular são convidadas a vir pelas agentes de saúde e participam [...] Porque ganham

no final do curso um kit de gestante, [...] elas gostam do kit. A Secretária Municipal de Saúde capricha na bolsa das gestantes [...] (E14).

Quanto à participação dos demais profissionais da equipe no grupo de gestantes. — “As agentes participam no sentido de convidar e trazer o retorno de quais assuntos tenham [as gestantes] pedido mais. Mas no dia do encontro elas não estão. Os maridos [das gestantes] sim, eles são convidados para participar” (E14).

O teste rápido de sífilis e HIV para gestantes não é ofertado por Rubi que não participou da capacitação ofertada pela SES. Relatam não haver casos de sífilis e HIV em gestantes e teriam poucos casos identificados pela equipe em adultos, no máximo quatro, sendo três em homens e uma mulher.

Sobre a testagem rápida para gravidez está sendo ofertada no Pronto Atendimento e relativo à oferta de exames de pré-natal para as gestantes a equipe refere fácil acesso — “Tem um ecografista que vem a cada quinze dias também aqui na unidade” (E15).

Sobre os exames da gestante [...] é uma questão bem tranqüila. Porque a Secretária Municipal de Saúde autoriza sempre, todos os exames a prefeitura paga. Elas fazem pelo SUS, só eco-dopler ou linfológica que não. Mas as outras ecos, obstétricas, transvaginal e as outras (E14).

Vários relatos do grupo se referem ao modo como se relaciona a ESF e especialistas na produção de saúde atuando no mesmo espaço físico na única unidade de saúde do município considerado de pequeno porte.

A nossa unidade [...] até como funcionava tudo no mesmo prédio, não tinha bem a distinção entre UBS e ESF e a população também não sabia. Com o prédio novo e também eu fazendo a parte do ESF está começando a distinguir um pouquinho mais o que é urgência, o que não é. O que é UBS, o que é ESF [...] era uma coisa ruim que a gente tinha aqui. Agora está começando a melhorar um pouquinho. Ainda mais quando é uma unidade só no município [...] é tudo misturado: pronto-atendimento com ESF com UBS com tudo (E15).

Eles [o ginecologista e o obstetra] não atendem só obstetrícios. Eles também atendem a população em geral. A demanda. Se a gente faz coleta de CP a gente tem um “protocolo nosso” aqui de passar essas pessoas também por eles [...] acho que tem que ter esse profissional (E13).

[...] tem populações de seis mil habitantes em outros lugares que não tem médico ginecologista e funciona bem [...] É que não temos uma equipe [...] a nossa equipe do ESF é muito precária [...] Tem um outro médico que não participa ativamente [...] ele acaba não se envolvendo e acabou ficando na

cidade. Hoje seria difícil tirar o ginecologista da cidade. Seria muito difícil (E15).

Na opinião da equipe Rubi, por terem recursos, muitas gestantes optam pelo atendimento de pré-natal com o médico particular. Referem um número pequeno de gestantes adolescentes.

Essa questão que muitas fazem pré-natal particular é que aqui não tem hospital no município [...] elas [gestantes] optam por um profissional que atua no hospital onde vão ter o parto. E a população não é uma população carente. É uma população que tem bastante recurso [...] (E13).

Em Rubi os relatos de que tendo em vista que a população não é carente e possui recursos, muitas gestantes preferem pagar consulta particular com o médico que realizará o parto no hospital do município vizinho.

Relatam pouco acesso aos processos de educação permanente sobre a produção do cuidado à gestante, bebê e puérpera – “No município? Não. Eu participei de um de vacinas, há uns seis meses atrás” (E14). Mas, foi retomado com sinal de boa avaliação pela equipe, que na semana da realização do grupo focal teriam participado de uma capacitação para imunização de meninas de 11 a 13 anos para vacina do HPV.

[...] eu entrei há dois meses então eu não [...] As agentes de saúde receberam um curso para fazer em município vizinho. Vão concluir agora. São 80 horas. Não era específica na área [gestante, bebê e puérpera], mas tem esses assuntos incluídos: tuberculose, hanseníase. Vários assuntos. Elas foram capacitadas (E13).

Questionados quanto ao interesse na continuidade em seus percursos de formação e carreira na atenção básica, percebem-se diferentes opiniões conforme categoria profissional.

[...] Pretendo fazer pós ou especialização em saúde coletiva. Já é o meu foco [...] a proposta que tive aceitei justamente porque gosto dessa área. Já me identifiquei durante a faculdade e é o que eu pretendo seguir (E13).

Apesar de gostar muito da área da atenção básica o problema é que para médico infelizmente as prefeituras não fazem um concurso só para ti. É melhor ficar trabalhando por contrato. Só que contrato é muito volátil. Num ano pode estar contratado aí muda prefeito e muda o contrato. No nosso município não acontece isso, mas em outros municípios acabam não pagando o salário em dia e é isso que afasta a grande maioria dos meus colegas da atenção básica. Apesar de ser muito importante, que acho

fundamental dentro da medicina a saúde pública, a atenção básica [...] Mas como carreira acho mais complicado [...] é uma área que eu gosto, mas profissionalmente acho difícil (E15).

Sobre a realização de atividades comunitárias que procurem explicar sobre o funcionamento de trabalho da ESF relatam ainda não realizar.

[...] Com a comunidade ainda não. Até faz parte do meu trabalho, do projeto, fazer uma amostra para população sobre o projeto sobre câncer de colo de útero e mama. Mas vai ficar mais para o final do mês, início do mês que vem. Tem o projeto, mas a gente não fez nada ainda. Nenhuma reunião específica ou por folder, panfleto, ou cartaz assim dizendo: “esse é o ESF, o ESF funciona assim, o que é o ESF”. A população, acho que não sabe ainda. Ou sabe só de ‘boca a boca’ (E15).

Criticam as políticas públicas do SUS entendendo que a responsabilidade está muito centrada nos profissionais e a população não busca autonomia. Aparece no depoimento uma potente crítica a forma de atuação preconizada na atenção básica.

[...] Eu vejo um povo cada vez mais dependente da prefeitura, da unidade, do profissional. “Porque o meu problema com meu marido e com meus filhos não sou mais eu quem resolve é a assistente social”. “Preciso exames [...] não sou mais eu é a prefeitura a responsável” [...] a população está infantilizada. Se tu não fazes, tão lá no prefeito amanhã e [...] eles [usuários] não vão para casa [...] vão à prefeitura. Então é ‘política’ (E14).

[...] Tem a questão bem da nossa cidade [...] E quanto às políticas públicas do próprio SUS [...] Apesar do SUS se preocupar com a supermedicalização [...] A gente sabe que cada vez mais tira a responsabilidade das pessoas e entrega na mão do profissional. [...] Fazendo o curso de especialização em atenção básica eu vejo cada vez mais isso (E15).

[...] a pessoa não precisa ter mais quase responsabilidades. Quem vai arcar com a responsabilidade é o profissional de saúde. É a creche que não levou para vacinar. É o professor. É a colega que não foi buscar [...] é uma cultura que está se criando. Uma coisa inconsciente [...] “Não preciso me cuidar porque é o governo que deve me cuidar”. Essa infantilização da população é uma coisa que vai acontecer. Já está acontecendo e só vai piorar aqui no Brasil e aí vai inchar o SUS [...] (E15).

Perguntado em relação à reunião de equipe e se teriam algum momento de reunião entre os profissionais.

Essa reunião de rede, no caso, é com a assistente social, uma vez por mês. Esse vínculo tem. É uma coisa que funciona bem [...] Agora, reunião da equipe [...] Existe uma reunião do ESF, mas para casos específicos, só das agentes. Uma vez por mês. Para fazer o fechamento do trabalho delas [...]

É uma tarde toda. A gente [...] identifica uma necessidade de capacitação para incluir naquele dia. Tipo: “Elas querem uma palestra sobre tal assunto.” [...] A nutricionista fez alguma capacitação, mas aí só as agentes de saúde, nós [...] (E13)

Essa é um pouquinho diferente. [a reunião de rede] A gente se reúne para discutir casos específicos da cidade em geral, daí incluindo a brigada militar, bombeiros, assistente social, psicóloga [...] Agora uma reunião nossa com todos os colegas não tem. Essa é uma falha que eu já desde o começo [...] Se a gente tivesse uma reunião semanal de meia hora [...] O problema é que tem que fechar. Daí dizem: “Ah, mas tem que parar tudo”? E depois da hora um estuda, outro [...] (E14).

Quando questionados sobre como a reunião de equipe implicaria em mudanças no processo de trabalho ou se poderia acrescentar na produção do cuidado para a Rubi, parece que não haver um consenso neste sentido. A enfermeira apresenta-se mais positiva (E14) do que o médico (E15).

Muito [no sentido positivo]! As nossas reuniões são sempre no corredor. É esse o problema [...] “Esse tipo de conversa que a gente tem no corredor logo esquece a idéia e passa”. A gente tem que ter uma reunião, anotar no computador, fazer uma ata [...] é importante ter para ficar registrado e lembrado [...] para ter esse ‘feedback’ entre as urgências. O que é aqui em cima, lá em baixo [referindo-se ao que é do Pronto Atendimento e o que é do ESF, respectivamente] (E14).

Mas também referem que a demanda por atendimento seria um grande dificultador para a realização das reuniões de equipe – “Eu não sei. Mas eu vejo uma demanda muito grande de pacientes, é muito paciente” (E16). “É muita consulta [...] Atendimento (E15)”.

Sobre o trabalho em grupo realizado pela equipe de saúde da família relatam não o realizar – “Quem acaba fazendo a parte dos grupos não é a nossa unidade. A gente encaminha se tem um paciente que precisa de um grupo [...]” (E14) Acho que tem cinco ou seis grupos. Aí tem terapeuta ocupacional lá em baixo, tem psicóloga que faz grupo, tem grupo de idosos. Tem vários grupos com o CRAS - Centro de Referência de Assistência Social” (E15).

Os relatos da enfermeira com relação ao processo de trabalho refletem muita sobrecarga.

Quando me formei minha visão era trabalhar na saúde pública. [...] Trabalhei como técnica também muito tempo! Às vezes tu pensas: “Mas é o que eu gosto”. Nenhuma dessas dificuldades que a gente encontra não me vejo como parar e tentar outra área. Para o ‘pessoal’ às vezes penso onde vai parar? [...] A gente tem que acompanhar. O ministério da saúde ‘joga protocolos’. Estão criando cada vez mais [...] É Sis prenatal, agora Siscolo

que vai entrar. E o profissional como enfermeiro tem que dar conta com papéis, registros [...] que eu acho bom. É o correto, só que [...] Será que o ministério da saúde está preocupado em saber como o município, a gestão trabalha? [...] Na nossa equipe falta técnico de enfermagem. Eu sou a única que estou vacinando. Existe essa dificuldade do município entender isso (E13).

A enfermeira também refere que o acúmulo de atribuições interfere nos processos de educação permanente.

Como enfermeira assumo muitas vezes o papel do técnico [...] Fiz até um concurso lá para residência em saúde pública. É uma área que sempre tem que estar te atualizando [...] no meio da correria que tu tem que trabalhar não tem tempo de sentar. Às vezes nem os protocolos que o ministério faz. São de 30, 40, 50 páginas. Tu não lês nem em uma hora. Tu pensas: “Eu trabalho das 8h às 17h direto”, não paro [...] Quando é que vou ler o protocolo? De noite em casa quando estou com meu esposo? Final de semana quando poderia sair? Então é ‘jogado’ muita coisa. Sempre coisas novas [...] para minha vida pessoal, vejo como um desafio e eu gosto [...] Se tu me perguntasse do salário e do trabalho tirava o meu jaleco e sairia agora, sinceramente (E13).

Com relação ao cirurgião-dentista seu relato refere-se ao distanciamento entre a realidade e a formação.

[...] vim de uma formação onde a gente era muito focada na saúde coletiva [...] a partir do momento que comecei a trabalhar nessa saúde coletiva até hoje eu não pus mais em prática praticamente nada que aprendi. [...] A realidade da odontologia [...] a gente não tem toda essa referência que na faculdade dizem que tem. [...] Vários casos o pessoal vem e quer fazer, mas não adianta. Vai ter que ir para Porto Alegre, Canoas [...] o que a gente acaba a maioria das vezes fazendo? Extração! Saí da faculdade jamais imaginando fazer extração de cinco ou seis dentes. Já fiz uns cinco ou seis ou até mais casos. O ‘cara’ chega e ganha caixa de bombom de paciente tu entende (E16)?

Há um descrédito com relação ao campo da saúde coletiva que permeia as falas de todos os profissionais da equipe.

[...] Não tenho tempo para me adequar a um protocolo. É o que a população está pedindo [...] eles [usuários] me imploram. “Faz isso porque eu não agüento de dor.” [...] daí tu poderia perguntar: “E o encaminhamento?” Encaminhamento [...] a gente tem referência em Porto Alegre. A UFRGS, a ULBRA. [...] Só que é burocracia, fila. Nem todo mundo vai. Se for, daí o atendimento é de qualidade [...] só que demora. Às vezes eles [usuários] preferem: “Ah, não!” Já perderam dois, três dentes, mais um não vai mudar nada [...] é uma situação que a gente vai se adequando. Só que é praticamente atendimento particular que a gente está tendo aqui. Material é de qualidade. A gente faz serviço às vezes que nem deveria estar fazendo (E16).

[...] a gente tenta, orienta: “Olha, não pode fumar.” E cansa. “Tem que se cuidar da comida.” “Tem que diminuir gordura” [...] Mas a chance da pessoa realmente fazer aquilo é muito pequena mesmo com palestra, curso, folder. Não ficar só no médico, a enfermeira falando, dentista, assistente social. No final das contas é muito pouco. A prevenção é uma coisa muito difícil de atingir! Para quem está lá [...] na Secretaria Estadual de Saúde, Ministério da Saúde é muito bonito [...] Tem que ser assim. Mas na realidade, o ‘pé no chão’, no final lá na unidade, a gente sabe que a realidade é outra. (E15).

É uma coisa que sempre critiquei e, apesar de estar fazendo um curso de especialização em atenção básica numa universidade conceituada pioneira nisso [...] cada vez fico mais afastado disso [...] tenho as mesmas impressões que meus colegas [...] quem vive numa universidade, numa área de epidemiologia vendo ‘papel’ está muito distante da nossa realidade [...] na ponta. Desde a parte da burocracia que só aumenta mais, as tarefas aumentam [...] No meu projeto de especialização se fosse seguir tudo aquilo, ler todos os materiais, simplesmente parava e não atendia mais [...] São coisas que consomem muito tempo [...] isso que me desilude um pouco da atenção básica e da maneira que o Ministério da Saúde conduz a política do SUS (E15).

Pensava um dia poder mudar a qualidade de vida das pessoas [...] Hoje não penso mais. Não acho que mudo a qualidade de vida de alguém na saúde pública. Pensava que trabalhando na saúde preventiva [...] Mas eu acho um ‘discurso’ bonito que não funciona (E14).

Concepções de saúde pública, de política e pessoal se misturam e afetam a crença na atuação profissional no próprio país.

Cada vez mais a saúde pública, o SUS, os modelos internacionais de saúde pública, seja em que país for, é a melhor forma de ‘controle populacional’. Depois que inventaram que ‘a saúde é dever do estado’ [...] votos na mão [...] ter influência na ‘cultura’ das pessoas, na maneira que vive [...] a gente pode usar a saúde como uma desculpa para tudo para o bem e para o mal. É isso que é o maior problema do SUS. Em todos os países que dizem que saúde é dever do estado acaba criando uma conexão entre o estado e as pessoas muito grande [...] o paternalismo [...] surge um boato que vai mudar alguma coisa na saúde a população fica louca. Acaba no final das contas, controlando muito a população (E15).

Se a gente for comparar com a Inglaterra, o sistema de saúde deles com o nosso sistema de saúde lá também é público e bem parecido com a atenção básica nossa. O médico da família, médico generalista [...] Só que a realidade da Inglaterra até o pensamento Inglês é um abismo do brasileiro. É incomparável. Aí que vem o problema. A gente não pode dizer que é o mesmo sistema de saúde. Não é o mesmo, apesar de o modelo ser igual. A população é diferente. A base do sistema é diferente. E aí cai por terra. Então o sistema único de saúde no nosso país hoje a gente tem muita dificuldade de fazer funcionar (E15).

Quando se resolveu implementar um sistema único de saúde no Canadá eles tinham uma infra-estrutura muito maior que no Brasil. Mesma coisa que o Obama querer lá nos Estados Unidos, entendeu? Eles têm outra estrutura, é outra realidade [...] Agora no Brasil! Começou, já era uma ‘porcaria’, aí se vai crescer em cima daquela ‘porcaria’ [...] o que a gente tem no SUS de hoje? Uns casos isolados. Umas regiões que nem a nossa

que funciona mais ou menos bem e outras que é um caos. É horrível! Tem que ficar chamando médico cubano aí para [...] (E15).

Então ando muito desconfiado do SUS. Ando com o pé atrás. [...] A população Brasileira parece que não está preparada ainda para um sistema de saúde. O Brasil é muito diferente entre si, cada realidade [...] A Inglaterra tem um sistema de saúde, mas é uma ilhazinha 'desse tamanho'. É diferente de um 'continente' que nem o Brasil! São dificuldades! Não sei se vai se conseguir resolvê-las [...] Vai morrer muita gente até chegar num sistema ideal. Esse é o problema (E15).

4.6 Equipe Ágata

O município onde atua a Equipe Ágata possui uma população de 75.861 habitantes. Foi avaliado pelo PMAQ/2012, com uma equipe de saúde da família e uma equipe de saúde bucal modalidade I. Há época com 86,13 % cobertura de Atenção Básica e 27 % de Estratégia Saúde da Família e cobertura de 53 % de Saúde Bucal e 42,16% Equipe de Saúde Bucal vinculada à Estratégia. O Município não possui Núcleo de Apoio à Saúde da Família nem Centro de Especialidades Odontológicas ou laboratório de Prótese. No município da equipe Ágata os índices de cesárea alcançaram 57,5% em 2010, 61% em 2011 e 64,3% em 2012 e de adolescentes grávidas 17,7% (192 gestantes) (SINASC, 2012).

A composição de Ágata é constituída de uma enfermeira (E17) há três anos na equipe contratada por cooperativa e com especialização em saúde da família, um médico intercambista (E18) contratado pelo Programa Mais Médicos há nove meses atuando na equipe e realizando especializações em saúde da família e em clínica médica e uma cirurgiã-dentista (E19) há 5 anos na equipe contratada por cooperativa.

Os resultados encontrados no grupo focal relativo ao domínio dos protocolos de atenção á saúde da gestante, puérpera e bebê refere que a Ágata utiliza o protocolo de risco habitual (BRASIL, 2012) e o de alto risco do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) – “Nós temos a referência do livro do ministério da saúde (E18)”. “Sim, é o que a gente tem para o pré-natal (E17)”.

Informam que utilizam os protocolos de pré-natal de baixo risco e o de alto risco para gestantes – “Na realidade nós atendemos o de baixo risco, o alto risco encaminhamos para o especialista. Nós encaminhamos [...]” (E18). “Para o posto do

centro” (E17). Em se tratando do modo como ocorre o referenciamento das gestantes de alto risco a equipe traz que na realidade é pequeno o número de gestantes encaminhadas ao alto risco.

O ginecologista avalia se precisa encaminhar a Porto Alegre [...] tem algumas gestantes de risco que são encaminhadas. Aí a gente acompanha essas gestantes aqui. Elas vêm verificar pressão, HGT [...] através das agentes de saúde acompanha-se todas as nossas gestantes da área. Todas as agentes de saúde têm aquela ficha de acompanhamento da gestante. Todo mês vai a casa, vê a carteirinha, se realmente está indo nesse pré-natal de alto risco. [...] Elas [ACS] têm o controle de todas as gestantes (E17).

[...] As gestantes geralmente sou eu que atendo. Quando vejo que é uma gestante [...] que tem alto risco eu derivo para a parte de ginecologia. Agora está tendo ginecologista aqui. Ou, por exemplo, uma gestante [...] que é baixo risco, mas não escutei o batimento fetal, por exemplo. Aí é derivado. Escreve-se uma carta: “Não foi possível escutar batimento fetal”. É derivado já para o Hospital referência de risco habitual no município no momento. Isso funciona bem. E também tirar dúvidas, por exemplo, uma puérpera com mastite que tu vê que está [...] inflamado [...] tu liga para o obstetra, para o hospital e pergunta a conduta [...] (E18).

Essa parte [...] funciona bem. Tanto com o hospital quanto com as unidades que tem ginecologista. Agora a gente tem, mas não tinha [ginecologista]. Então a gente ligava para outras unidades: “Olha, eu preciso uma consulta com o ginecologista com urgência para uma gestante”. Sempre a gente conseguiu, nunca teve problema com isso (E18).

A integração do processo de trabalho da equipe com a ginecologista inserida recentemente em Ágata é também referida – “Ela está fazendo uma manhã. Quatro horas, terça de manhã” (E17). “É importante” (E18).

Há coisas que tu tens que perguntar para um especialista. Uma mamografia que chega com um resultado que encontrou alguma coisa. Um sangramento importante, uma coisa assim. Quer dizer. Tu já tens a quem perguntar, já tem quem te dê um apoio, entendeu? É importante sim (E18).

Com relação aos protocolos de saúde da criança e como organizam seu processo de trabalho para atender esse grupo de até dois anos ou mais.

A gente tem o protocolo do ministério também que a gente usa. E a gente faz as consultas de puericultura todas até dois anos. Usamos todas as tabelas de crescimento, de peso, todas essas tabelas. Também tem a cartilha de suplementação de ferro [...] tudo isso a gente procura seguir os passos que orienta. A procura de puericultura e crianças até dois anos é bem grande. A gente tem bastante porque já trabalha no pré-natal com elas isso. A importância depois das consultas de puerpério, consultas de puericultura e a criança de dois anos. A gente mostra para elas desde o pré-

natal essa importância de continuar cuidando. Não é só no pré-natal. Então eles continuam. (E17).

Quanto ao acolhimento a equipe informa que não há diferença entre o que realizam com os usuários da ESF e as gestantes.

A gente tem o acolhimento também, para qualquer pessoa. Não só para gestante. Todas as pessoas a gente tem o acolhimento. Eles chegam, passam para as técnicas, as técnicas passam para mim, a gente passa para o doutor, aí vão para a dentista. Mas todos que chegam são acolhidos (E17).

Eu recebo aquele primeiro atendimento [...] Eu ou as técnicas. E a gente passa para os médicos e para dentista. Todos têm ficha para atendimento durante o dia, todos têm. A gente acha que é necessário passar. Tanto o doutor quanto a dentista atendem sem número diário: “Ah, tenho só dois.” Não. Sem número. Atendem-se quantos chegam como [...] (E17).

Descrevem também como procuram integrar o cuidado da saúde bucal da gestante.

[...] As poucas que chegam até mim [dentista], vêm. Mas de maneira geral não dão continuidade ao tratamento por questões de trabalho, por medo [...] Já chega com vários problemas odontológicos, tratamento de canal, cáries extensas [...] elas preferem deixar para após o parto, depois acabam se envolvendo com o bebê e não retornam. Nós tínhamos a quinta-feira à tarde para gestantes e idosos. Tinha sido estipulado nesse turno para gestantes e idosos. Nós acabamos desistindo por falta de pacientes gestantes e idosos (E19).

[existe] Aquele mito que gestante não pode fazer nada. Mas quando elas vêm agendar, agendam a qualquer momento. Não precisam vir em um dia especial nada. Elas têm a carteirinha de gestantes para qualquer atendimento no posto. Agendam consulta, agendam dentista a qualquer momento (E17).

Explanam sobre como entendem as dificuldades com os exames — “[...] Há também falta de profissionais para fazer a ecografia aqui. Então realmente [...] Eu acredito. Não, tenho certeza nisso que faltam profissionais [...] Agora claro, quando pagam aí [...]” (E18).

O que dá problema é na parte de exames laboratoriais [...] Por má gestão. Gestante tem nove meses de prazo para nascer o bebê [...] certos exames. Não todos os exames normais como hemograma essas coisas, é tranquilo. Mas há certos exames [...] (E18).

Isso está com problema. [...] Exames que o doutor pediu essa quarta [2013] agora vão ficar prontos em março de 2014. Tem relação com a Unimed. Que aí eles têm que contratar uma empresa terceirizada para os exames. Então esses terceirizados que tão dando erro (E17).

HIV e sífilis agora nós temos o teste rápido [...] com os testes rápidos isso melhorou bastante [...] Isso na parte das gestantes: toxoplasmose, hepatites, ecografias gestacionais [...] muitas [gestantes] pagam. Porque vem aqui e já sabem que vão pagar. [...] Porque senão demora. É um dia só que marca no município (E17).

Hepatite é um terror. Demora quatro meses para vir um resultado de hepatite. Agora se pagam R\$100,00 reais [...] Não há condições. Mas há coisas que há falhas, entendeu? Mas os exames normais são rápidos (E18).

O que mais restringe [no trabalho] com a gestante e no pré-natal, na parte dos exames. [...] o protocolo diz que elas têm direito aos exames no primeiro trimestre, depois lá no terceiro, as ecografias. [...] Muitas vezes o doutor fala: “Ah, vou ligar para lá porque essa aqui vai acabar tendo o nenê e os exames não vão vir os resultados.” Tem que estar ligando pedindo uma ajuda. Uma ecografia que às vezes elas pagam, mas tem umas que não tem condições (E17).

Quanto ao registro das informações no Sis prenatal web (sistema de cadastramento e acompanhamento das gestantes) dizem:

Esse registro a gente faz aqui nas ‘folhas’. Porque o nosso posto não tem computador. A gente tem que fazer todo registro à mão e mandar para secretaria. Eles que fazem essa parte de fazer o registro direto no sistema. A gente só passa os ‘papéis’ para eles (E17).

Sobre o número de gestantes acompanhadas pela ESF — “Tem em torno de 25 a 30 gestantes da nossa área. E HIV e sífilis nenhuma. Desde que eu estou aqui, eu acho que uma gestante foi atendida com sífilis, nesses três anos. Uma com sífilis, nenhuma HIV. Em três anos (E17)”. “A gente está agora no momento, com quatro adolescentes. Com menos de 20 anos, eu acho que é quatro, pela impressão que eu tenho” (E17).

Mas a gente tem muita menina casada novinha, juntada [...] Mora até com os pais, mas é juntada já. Tem muito. [...] Elas programam esse bebê. Não são adolescentes que tem por acaso [...] tenho meninas com 17 que estão tentando engravidar já faz dois anos porque são casadas desde os 14. São bebês planejados, não são por descuido. Por descuido têm poucos. São planejados. Aí vai lá e casa (E17).

[...] o pessoal, ‘se junta’ ou casa muito cedo porque querem sair de casa. Os pais querem também que se juntem logo, para não ter problema de ter que vigiar de noite [...] Quatorze, quinze anos já querem [...] (E18).

Algumas informações sobre as características sociais das gestantes atendidas abordadas pela equipe.

A maioria trabalha nas fábricas. O que acontece muito aqui é a gente conseguir pegar essa gestante depois do primeiro trimestre. Porque a maioria delas começou na empresa agora, então não pode dizer está grávida de três meses. Elas escondem de todo mundo até os três meses. [...] Ou adolescentes novinhas que não querem falar no início para ninguém escondem também até começar a barriga. Isso ainda é uma briga nossa aqui da área. Aí por motivo de serviço, por motivo: “Ah, não sou casada então eu tenho vergonha”. Elas vão até onde dá escondendo (E17).

Comenta-se que município fez adesão ao Programa Saúde na Escola com três equipes. Ágata traz:

Ah, sim. O primeiro ciclo foi. Agora estão todos os ESF. É que o primeiro ciclo teve adesão, mas não foi feito nada. Esse é um que a gente começou sim a fazer os trabalhos nas escolas, nas creches, palestras. A gente teve com o doutor, com a dentista para todos os alunos da escola, da creche. Então agora esse ano sim que começou esse trabalho com o PSE. Ano passado não teve assim focado.

Com relação à produção do cuidado de saúde bucal das crianças falam:

Tem pais que trazem desde pequenininho, desde bebezinho. Tem uns que esperam a primeira dor de dente pra trazer. Desde o momento que vem já começo a orientar. Em compensação tem crianças de 10 anos que é a primeira consulta. Hoje eu já peço que comecem a trazer pelo menos aos três aninhos para gente iniciar a prevenção, aplicação com flúor (E19).

Sobre os trabalhos coletivos com as crianças foi relatado que são realizados “no colégio, na creche, toda semana (E19)”. As crianças “fazem a escovação no banheiro e na creche não se faz (E17)”. “Na creche também, e mesmo o berçário, no caso, eu passo orientação para as professoras (E19)”.

Sobre as imunizações das crianças ressaltam o trabalho das agentes de saúde no trabalho de busca ativa das crianças para vacinação e acompanhamento.

As imunizações a gente controla tudo. As agentes de saúde, todas têm de cada criança. Elas têm os espelhos com tipo assim: “A criança está atrasada com a vacina”. Elas fazem busca ativa porque está atrasada porque que não veio. Ou se a gente percebe que tem uma mãe que não está vindo já pede para uma agente de saúde: “Dá uma olhada o que é que está acontecendo”. Às vezes a criança começou na creche, a mãe começou a trabalhar, demora um pouquinho, mas a gente tenta falar com elas a importância de continuar trazendo. As agentes de saúde ajudam bastante nesse trabalho (E17).

Salientam a participação da ACS no trabalho da equipe. — “Estava faltando [ACS] porque fizeram um processo seletivo e aí faltaram algumas. Tem áreas que ninguém passou. Agora já contrataram e fechou o quadro. A gente está com sete agentes de saúde. E elas ajudam bastante nesse trabalho (E17)”.

Relativo aos processos de formação, qualificação e de educação permanente vivenciados pelos profissionais da equipe para atuarem com estratégia de saúde da família com gestantes, puérperas e bebês.

Depois da minha especialização, porque na faculdade mesmo foi pobre essa parte ali de saúde da família, de saúde pública. Teve, mas não foi aquele foco, assim. Então quando eu fiz a minha especialização em saúde da família, aí sim eu pude abrir um leque, ver muita coisa. Todos os manuais que a gente teve que estudar. Isso ajudou muito. E também que fiz o curso do introdutório que teve na primeira CRS. Eu fiz o introdutório em 2008 (E17).

É, acho que foi. Ali no Introdutório me ajudou muito fui trabalhar no ESF sem saber nada. Fui de um hospital para ESF. Então eu comecei em 2008 em um município vizinho e aí logo consegui ir ao Introdutório [...] ali que eu pude ver como que funcionava um ESF [...] me ajudou bastante. Porque na formação acadêmica, realmente foi pobre. Foi com esses dois cursos que eu pude aperfeiçoar [...] (E17).

A [...] formação na parte da faculdade tinha essa parte da saúde, quatro, cinco, seis meses lá na Argentina. Porque é muito similar essa parte de saúde comunitária. Mas depois aqui, quando eu fiz a revalidação em João Pessoa, passei por todas as áreas da medicina: cirurgia, urgência e fiquei em um posto de saúde lá em João Pessoa numa vila. Lá o sistema do SUS era similar ao daqui [...] como é tudo unificado, mais ou menos ‘bota no mesmo padrão’ [...] quem comanda lá o sistema em João Pessoa são profissionais daqui da Universidade Federal do Rio Grande do Sul que moram lá. Porque aqui a formação de saúde da família é bem importante. Uma das melhores do país [...] Aprendi bastante [...] Foi nessa parte de revalidação de diploma (E18).

Comenta-se relativo ao uso do contato com o Telessaúde, ainda que não tenha acesso à internet, mas tem o contato por telefone usando o número com prefixo 0800 fornecido.

É que nós ainda estamos no processo. Tem que ir lá à prefeitura para olhar o Telessaúde. Teve algumas apresentações que eu fui que a gente combinou entre as colegas. E a gente foi a uma de Epidemiologia que tem todo material. A gente foi lá e assistiu, mas assim, foram poucas [...] Uma, duas. Na verdade a gente tem que fechar o posto para ir poder assistir (E17).

Quanto à participação das gestantes nos grupos Ágata refere – “Baixo. O grupo de gestante é o grupo menor que a gente tem” (E17).

Elas trabalham no dia da consulta do pré-natal. “A gente libera”, eles chegam a dizer, sabe? Aí o que a gente tenta é no dia do pré-natal fazer um [...] Eu passo algum vídeo, alguma coisa, deixo rolando o vídeo na TV sobre aleitamento materno, sobre cuidados com o bebê. Vou deixando rolando ali para elas irem ‘pegando’ todas as informações possíveis. Porque nessa parte é difícil (E17).

Algumas vezes, tem gestante: “Ah, mas eu não posso fazer pré-natal porque no meu serviço não aceita comprovante.” [...] tem que estar dando atestado. Às vezes as empresas ligam para saber se realmente esse atestado durante o dia, como é que foi [...] são coisas que a gente tem que estar trabalhando por fora, se ajudando. O grupo de gestante [...] é difícil elas virem por causa do serviço. É uma briga para nós [...] (E18).

Complementou-se pensando no bebê, na puericultura, na amamentação como as gestantes da área estão com relação ao aleitamento materno. Dizem:

Há uma ‘cultura’. É complicado. Há mães que não amamentam porque não querem acordar de noite. Há também mães que vão começar a trabalhar daqui a dois meses e já quer acostumar o bebê a tomar outra coisa. [...] tem muitas que dão leite de caixinha. Aí tu explica que o intestino não está preparado, que pode dar alergia. Não adianta. Elas [puérperas] dizem: “Ah, mas eu já criei dois, três assim, porque é que eu não vou criar esse daqui diferente?” Essas são as mais difíceis. As adolescentes, a gente está conseguindo. Até tem uma ‘menininha’. Ela tem um bebezinho e tem 13 anos. Ela veio trazer o nenê na puericultura. Nossa! Gordinho, lindinho, limpinho! Eu disse: “E como é que está a amamentação?” “Só peito!” [...] E também tem muita ajuda da família nisso (E18).

O que a gente vê de dificuldade são as mais velhas, tipo: “Eu já dei para outro e para esse eu também vou dar leite de vaca puro. “Ah, teu leite não é bom”. “Chora [o bebê] porque teu leite é fraco” (E17).

O grupo focal debate sobre o que do trabalho na estratégia de saúde da família e especialmente com gestantes, bebês e puérperas agrega na vida de cada um, assim como, o que levam do trabalho para a vida no sentido de valores pessoais. Tecem vários comentários sobre o assunto.

[...] o que mudou muito foi depois que eu tive a minha filha [...] depois que eu tive a minha ‘vivência’ com o aleitamento materno, pré-natal certinho [...] poder trazer o que eu passei para elas e o que elas já tinham me passado para eu usar com a minha filha [...] Uma troca. Depois que tive a minha filha eu vejo como eu atendia antes, as consultas de puericultura, e como eu atendo depois dela [filha]. Então é uma troca maior depois que eu tive a minha filha. Eu pude ajudar mais elas e pegar coisas que elas passam para trazer para minha também. Isso gera uma troca bem grande, (E17).

Também sou mãe. Então vem crianças pequeninhas para gente iniciar um trabalho odontológico. No meu caso, eu tenho que orientar a mãe e o pai. Passar as recomendações para eles. Numa criança de dois anos, até a higienização tem que ser feita pelos pais (E19).

Eu realmente escolhi essa parte. Tanto que foi a minha especialização em saúde da família. Quando eu tive a oportunidade de ir para o ESF em município vizinho eu fui feliz porque era o que eu queria. Então eu consegui focar o meu estudo direto no que queria. Eu gosto do que eu faço, eu realmente me sinto feliz fazendo isso (E17).

[...] Como eu entrei agora no Brasil, era ESF e emergências. As coisas que tu faz [...] Então foi o ESF e também faço plantões. Então é a forma com que recomeço. Mas eu gosto, gosto muito de estar aqui, gosto do trabalho (E18).

Especificamente sobre o trabalho na atenção básica na opinião do médico da equipe – “Eu gosto de clínica médica, não sei se toda vida [me dedicarei] na atenção básica. Gostaria também de uma parte hospitalar. Uma coisa que eu gosto. Agora nesse momento, a estratégia está perfeito. Tu vais tendo certos crescimentos a mais, tendo experiência. É isso aí (E18)”.

Sobre readequações do protocolo que porventura realizam, lembram sobre as dificuldades com os exames das gestantes.

[...] o que mais me parece é o trabalho com as agentes de saúde [...] Muitas vezes a paciente gestante, essa paciente faz dois, três meses, aí tu vai buscar na ficha e as agentes vão lá buscar ela. E aí mostrar, conversar de novo e às vezes a gente vai também conversa. “Ah, mas eu não tive tempo.” Às vezes elas dizem: “Ah, eu não fui porque meus exames não ficaram prontos”. Aí elas esperam todos os exames ficarem prontos para vir. Aí diz: “Não, não precisa esperar todos vai todo mês não importa que o exame não esteja pronto.” Isso a gente tem que mostrar pra elas, conversar. E outra coisa que ajuda também a gente é o bolsa família. Que quem recebe o bolsa família gestante ganha um pouco mais por ser gestante e pelo aleitamento materno (E17).

Em relação às reuniões de equipe trazem o seguinte relato.

[...] A gente nunca pôde fechar o posto para fazer nossa reunião de equipe. Agora de quinze em quinze dias a gente está podendo sim fechar [...] das 16h30min às 18h. Que não deixaram fechar a tarde toda [...] senta todos os profissionais, ficam todos os agentes de saúde. A gente pode conversar os casos que a gente acha importante, que tem dúvidas, conversar e realmente trocar idéias. E na outra semana a gente faz mais com agentes de saúde vai anotando o que eles precisam. Aí com eles tem toda semana. E a de equipe só tem de quinze em quinze dias. Todos profissionais: desde a higiene, os técnicos, os secretários, os médicos [...] Todo mundo senta junto naquele período para sentar e conversar (E17).

Retomou-se se na reunião de equipe todos conseguiram se fazer presentes.

Comentam:

Senta todo mundo para conversar. Daí a gente consegue trabalhar todos os casos. Porque às vezes uma tem alguma dúvida e a outra já passou por aquilo então pode colocar o seu ponto de vista, então assim a gente consegue trabalhar bem. A gente consegue ser uma equipe bem unida. (E17).

E até mesmo fora da reunião de equipe a gente se auxilia. Então vai uma criancinha com dente cariado. Pergunto para mãe se já foi ao dentista, ou ali na recepção a gente marca [...] Ou a doutora quando tem alguma dúvida. Então tem, não só essa parte de quinze em quinze dias, mas a funcionalidade do dia-a-dia é bem harmônica (E18).

Acho que um dos melhores postos de trabalhar é aqui. A gente consegue resolver os problemas entre nós mesmos, sabe? A gente consegue trocar, então se eu tiver alguma dúvida vou à dentista, vou às técnicas, não tem aquela coisa: “Ah, eu não vou perguntar se eu não sei”. Capaz. Não, a nossa troca aqui é bem legal. É super bom de trabalhar (E17).

As nossas agentes são agentes boas também. A gente tem uma agente de saúde que trabalha há quinze anos como agente. Então tem agentes de saúde com muita experiência. Tem as que começaram agora, mas a gente consegue fazer essa troca. Porque tem pessoas que estão há muito tempo. Conseguem ajudar. Então nosso trabalho com as agentes é bem próximo, é bem legal (E17).

E com relação à comunicação com o restante da Rede trazem:

Aqui nós atendemos também urgência não só consulta marcada. Chegou uma gestante que não sentia o bebezinho. Passei para sala no momento, escutei e já escrevi uma cartinha para um hospital e, no momento, ela foi ao hospital para ser atendida. Pedi até para me retornar me dar uma resposta se estava tudo bem. Ela ia retornar agora [...] Nisso aí funciona e se não funciona eu não permito que não funcione [...] Se eu mandar uma pessoa para o hospital é porque tem que ser atendida, senão, não mando. Outro dia tinha uma senhora, aquela senhora [...] Dona H. Bem na passada, ali para onde eu vou para casa. Que às vezes eu, informalmente passo ali e pergunto como ela está. E outro dia ela tava [...] (E18).

Veio a filha e o neto e pediram para fazer uma visita. Daí eu passei, parei ali sem saber que tinham feito algum pedido [...] Ela tava com fala de ar, falta de ar [...] escutei ali ela e achei que tinha [...] Dei uma olhada no pulmão. Puxa! A senhora está com água no pulmão! E disse para filha dela: “Sua mãe está com água no pulmão, tem que fazer uma radiografia e ir ao hospital.” Daí até disse: “Nem faz uma radiografia fora vai direto ao hospital.” [...] escrevi uma carta para o hospital. E ela fez uma radiografia fora e não quis levar no hospital e trouxe para mim a radiografia. Eu olhei e: “Está com os dois pulmões com derrame pleural.” Mandei de novo para o hospital e disse: “Olha, vai para o hospital agora porque cada dia que passa é pior.” Daí liguei para o hospital e a doutora disse: “Manda para cá.” Então, há essa resposta [...] se não há essa resposta eu reclamo. Não pode não ter essa resposta. Isso sim não tem condições (E18).

No USE também a gente consegue marcar quando tem algo urgente. É um centro de especializações que a gente tem. Unidade de Serviços Especializados. É que eles sabem que a gente liga quando realmente é necessário. Então a gente tem uma resposta boa (E17).

No USE, por exemplo, tinha uma paciente que veio outro dia com lesões, [...] eram lesões que nós não conseguimos tratar. Fizemos HIV, não tinha nada! Ela tinha lesões na pele. Aí tem dermatologista no USE, mas para conseguir é consumo 'C', muito cheio. Não tem horário. E aí liguei para o USE. E falei com a secretaria e disse: "Eu necessito de uma dermatologista para essa mulher." Até porque ela tava muito nervosa e no outro dia [...] às sete da manhã que ela esteja aqui. As sete da manhã foi no outro dia. Então há coisas que são necessárias fazer. Quer dizer precisa para agora, tem que ter [...] Claro. Tendo bom senso. Não é todo mundo que tu vai mandar. Há pessoas que necessitam de uma atenção mais imediata. Por isso que eu acho que essa integração funciona bem (E18).

Perguntou-se se os demais serviços conhecem o trabalho da estratégia saúde da família e como se comunicam.

[...] Eu tenho reunião daí lá na Secretaria de Saúde. Todos os postos têm. Todas as unidades têm. Uma vez por mês. Toda primeira sexta-feira do mês. Daí a gente senta todos com o secretário de saúde e daí conversa Daí é a troca das coordenadoras de cada unidade [...] Aí tem ainda a coordenadora do CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, que explica como é o funcionamento, da Epidemio, do USE. Então, assim a gente vai esclarecendo cada funcionamento direitinho (E17).

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Um dos aspectos que o estudo se propõe discutir refere-se a relacionar os dados qualitativos encontrados, com alguns dados quantitativos da avaliação do desempenho realizada no primeiro ciclo do PMAQ destacados do Módulo II do instrumento com itens referentes aos processos de educação permanente, planejamento e protocolos resultados (Tabela 1). Mas, interessa especialmente triangular informações para ampliar a compreensão dos ingredientes do agir em competência das equipes. Compreende-se com Campos (2007) que um projeto não deva ser avaliado apenas pelo resultado final, mas também pelos efeitos produzidos durante sua concepção e execução e que qualquer julgamento centrado apenas em resultados finais é estreito (CAMPOS, 2007).

No PMAQ a avaliação das equipes foi realizada a partir de cinco escores de desempenho: muito acima da média, acima da média, mediano, insatisfatório e excluído (BRASIL, 2012). As equipes estudadas encontram-se assim avaliadas neste ciclo do PMAQ: Rubi - insatisfatório, Ágata - mediano, Esmeralda e Safira - acima da média e Diamante e Onix - muito acima da média.

Assumindo-se que a quantidade possa ou não mascarar aspectos importantes da realidade, deseja-se ampliar a concepção de indicadores, enquanto medidas com informações relevantes sobre o desempenho do sistema de saúde e usados para avaliar resultados de ações (SERAFIM, 2009).

Tabela 1 – Resultados avaliação do PMAQ/2011 das equipes analisadas, referente ao Módulo II do instrumento com itens referentes aos processos de educação permanente, planejamento e protocolos.

	Ações de EPS	EPS Contem pla realidade	Ativ. de planej. último ano	Apoio Insti.	Reunião Equipe	Protocolo pré-natal	Protocolo Crianças <2 anos	Oferta serviço gestantes risco vulnerabili.
Rubi	Não	---	Não	Sim	Mensal	Não	Não	Sim
Ágata	Sim	Sim	Sim	Sim	Semanal	Não	Não	Sim
Diamante/Onix	Sim	Não	Sim	Sim	Semanal	Sim	Sim	Sim
Esmeralda	Sim	Não	Sim	Sim	Semanal	Sim	Sim	Sim
Safira	Sim	Sim	Sim	Não	Semanal	Sim	Sim	Sim

Fonte: PMAQ/2012.

5.1 Convivência equipe de saúde da família e médicos especialistas

Um primeiro ponto a ser destacado na discussão dos dados encontrados diz respeito aos significativos resultados evidenciando processos de trabalho entre as equipes de saúde da família com os médicos especialistas (ginecologia, pediatria e obstetrícia). A maioria das equipes entrevistadas (Esmeralda, Safira, Ágata e Rubi) relata atuar nas unidades básicas de saúde com a ajuda de especialistas.

Segundo o relato de Esmeralda, Safira e Rubi, nas Unidades de Saúde onde atuam já havia a presença de profissionais médicos especialistas (ginecologia, pediatria e obstetrícia) antes da implantação da estratégia saúde da família. Em Ágata, um médico ginecologista atua mais recentemente em um turno na unidade. As equipes demarcam em seus depoimentos ocorrer o acesso direto da população aos especialistas. Esmeralda defende que seria muito difícil reverter esse modelo, pois as gestantes e puérperas estão habituadas à consulta direta com estes profissionais – “Aqui a gente tem uma pediatra. As mães e as crianças amam essa pediatra. Ela é muito dedicada, então assim, acho que reverter essa proposta ia ser um trabalho bem difícil (E3)”. As mudanças nos modelos de atuar se dão por um processo a partir de discussões e mobilização, principalmente dos trabalhadores e usuários, os principais sujeitos de uma nova organização do processo de produção do cuidado. Mudar o modelo produtivo da saúde significa mudar “os modos de fazer” na assistência com sentidos diferentes dos que existem no modelo “médico hegemônico” (FRANCO; MERHY, 2005).

Os relatos das equipes sobre os processos de trabalho demonstram que a convivência com os médicos especialistas parece fortalecer um modelo de saúde que possui como pontos centrais a priorização do atendimento médico e a livre demanda. Não preponderam relatos sobre um trabalho mais integrado e de forma compartilhada das equipes com os médicos especialistas. Ao se analisar as falas, percebe-se que as equipes de saúde da família e os profissionais especialistas se integram pouco no cuidado. Este fato estimula que se desvirtue o foco da atenção centrada na família.

Por exemplo, em Rubi, os cuidados básicos de responsabilidade da atenção primária, tais como, coletas de exames citopatológicos, medição dos sinais vitais, testes rápidos de sífilis e HIV, etc.; são feitos pelos médicos especialistas e/ou do

pronto atendimento. Justifica-se a equipe que as deficiências programáticas da atenção prestada pela equipe de saúde da família fortalecem o atendimento dos médicos especialistas. Ainda, quanto ao não uso de protocolos e atendimentos realizados pelos profissionais especialistas, comentam – “O nosso [município] parece, pelo menos pelos especialistas, mas também pelo próprio ESF, consultório particular. Quem procura é o paciente, atende-se bem direitinho, conseguem [os usuários] fazer os exames. Porém não existe adscrição mesmo, de a gente saber quem é que está indo no posto, quem está faltando, isso ainda não tem (E15)”.

Mas, encontrou-se certa ambivalência nos depoimentos ao se levantar a opinião das equipes sobre o que acham do compartilhamento do processo de trabalho com os especialistas. Em alguns momentos salienta ser positivo esta convivência, principalmente no que se refere às questões do enfretamento da alta demanda populacional por atendimento, mas também pela segurança que o apoio técnico do especialista oferece. Porém, fica evidenciado pelas falas das equipes que a implantação e fortalecimento das diretrizes de trabalho da estratégia saúde da família encontram-se distorcidos devido à presença marcante dos especialistas. De ordenadora do cuidado, as equipes de estratégia de saúde da família passam a um papel coadjuvante do atendimento dos médicos especialistas, realizando o acompanhamento no território e as atividades preventivas das gestantes, puérperas e bebês. A promoção de mudanças na organização do trabalho “médico-cêntrico” não se dá apenas com a constituição de equipes multiprofissionais como núcleo da produção da assistência, mas trata-se de produzir mudanças dos sujeitos envolvidos com o trabalho. É preciso associar, às novas configurações tecnológicas, uma nova ética com base em valores, como “solidariedade, cidadania e humanização da assistência” (FRANCO; MERHY, 2006 p. 116).

Safira refere que mesmo com a atuação do médico comunitário na equipe de estratégia saúde da família as gestantes seguem consultando diretamente o especialista em ginecologia que atua junto à única Unidade de saúde do município. Verifica-se pelos relatos das equipes que este tipo de situação vivenciada por Safira enfraquece a aplicação dos protocolos de planejamento preconizados pelo modelo da ESF, interferindo no vínculo precoce com as mulheres de responsabilidade da equipe de saúde. Safira defende que é difícil mudar as concepções da população sobre a estratégia de saúde da família. Na avaliação da equipe, para isso é preciso mudar também características na gestão das próprias políticas públicas municipais.

Reforçam que é difícil transformar o modo de cuidar sem a base de apoio e defesa do modelo partindo da gestão — “[...] vou resumir em poucas palavras o que eu ouvi, acho que no segundo ano que eu estava aqui, de um gestor, que a ESF não é prioridade, que a prioridade era o plantão e nós éramos um ‘plus’ a mais. Então, eu acho que isso para mim já diz tudo que a ideologia não é a prevenção [...] (E4)”.

A mudança radical do modo de produzir saúde será um processo construído por sujeitos cujo imaginário se distancie daquele preconizado no modelo médico-centrado. O desafio é tornar os trabalhadores e usuários portadores de um outro sentido nas suas vidas. (FRANCO; MERHY, 2006). Chama a atenção nos relatos das equipes, descrevendo a coexistência de atuação da ESF e dos especialistas, a ênfase nas dificuldades da presença dos especialistas nas reuniões de equipe. Parece não haver compartilhamento por parte dos atores do cuidado, de certa forma, reforçando e legitimando processos de trabalho parcelares e fragmentados entre equipes e especialistas.

5.2 O uso dos protocolos

Como se verificou a convivência entre as equipes de saúde da família e os médicos especialistas afeta o agir em competência das equipes e pode-se afirmar, em especial, no que se refere a necessidade do uso dos protocolos de trabalho na saúde. Para ampliar a compreensão sobre o agir em competência das equipes é necessário verificar o papel dos protocolos para as equipes analisadas, assim como, a forma como se apropriam desses protocolos.

Os protocolos compõem-se de uma forma tradicional de gestão, juntamente com a Programação em Saúde e a Medicina Baseada em Evidências. Os protocolos seriam ferramentas de gestão, confeccionadas através do consenso de grupos de especialistas (CUNHA, 2010). Já, na visão de Schwartz (2011) o protocolo é o primeiro ingrediente do agir em competência seria o “relativo domínio dos protocolos em uma situação de trabalho”.

Verifica-se que o uso de protocolos foi relatado de forma muito diversificada nas equipes pesquisadas. De forma geral os documentos oficiais com publicação de protocolos referidos pelas equipes foram: Manual de Pré-natal e Puerpério (BRASIL,

2006), Caderno de Atenção Básica nº. 32 de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (BRASIL, 2012; 2006), Manual Técnico de Gestação de Alto Risco (BRASIL, 2012), Caderno de Atenção Básica de Saúde da Crianç a n  33 (BRASIL, 2012) e Caderno de Atenção Básica de Saúde Bucal n   17 (BRASIL, 2008). Apenas Esmeralda e Rubi referem não utilizar protocolos oficiais de atenção à gestante, bebê e puérpera.

Diamante e  nix, que referem não atuar com a presenç a de médicos especialistas nas Unidades de Saúde apresentam relatos com uma forte ênfase no uso e reconhecimento dos protocolos do Ministério da Saúde, assim como referem criar próprios protocolos adequados à sua realidade local. O cuidado integral realizado pelas equipes citadas foi obtido pela defesa da estratégia de saúde da família enquanto ordenadora do modelo de atenção e responsável pelo cuidado de suas famílias do território. São as únicas equipes que obtiveram os resultados muito acima da média na avaliação do PMAQ.

As equipes Safira e Esmeralda obtiveram o desempenho considerado acima da média na avaliação do PMAQ, porém, estas equipes referem ênfase nas práticas de atendimento por médicos especialistas.

Contrariando o informado sobre uso de protocolos na avaliação do PMAQ (Tabela 1), neste estudo a equipe Esmeralda afirma no grupo focal não us -los, detectando-se aí certa incongruência de informações.

A equipe  gata, obteve desempenho na avaliação do PMAQ mediano ou pouco abaixo da média, porém, de modo contrário, no grupo focal, refere utilizar os protocolos do MS e no PMAQ, não (Tabela 1). Isto pode estar relacionado com a mudanç a do profissional médico da equipe entre o período de avaliação do PMAQ e aplicação do grupo focal. No momento o atendimento médico está sendo realizado por intercambista do Programa Mais Médicos.

Quanto à equipe Rubi, que obteve desempenho na avaliação do PMAQ (Tabela 1) como insatisfatório, coincidem os resultados encontrados no PMAQ sobre uso dos protocolos, com relação aos relatados no presente estudo descrevendo o não uso do protocolo. Quanto ao atendimento médico é realizado exclusivamente pelos profissionais médicos especialistas.

5.3 Conhecimento da Realidade

Ainda é necessário avançar na criação de indicadores de monitoramento e avaliação capazes de identificar as transformações no âmbito da produção de sujeitos (SERAFIM, 2009). Assume um valor importante neste sentido a questão de conhecer o ingrediente do agir em competência das equipes relacionado a quanto elas conhecem e se apropriam da realidade onde atuam.

Por tratar-se de municípios de uma Região de Saúde onde há muitas empresas calçadistas, curtumes e fábricas grande parte das equipes referem que suas gestantes utilizam pequenos planos privados ou pagam consultas particular. As equipes também referem dificuldades das gestantes em participar dos grupos e consultas devido ao tempo de deslocamento e possível perda do dia de trabalho. Na maior parte das equipes pesquisadas a amamentação exclusiva é dificultada porque muitas mães estariam por retornar ao trabalho no final da licença maternidade. Quase a totalidade das equipes traz a dificuldade de captação precoce das gestantes na realidade da região porque possuem muitas adolescentes grávidas que “escondem” a gravidez até onde podem devido ao trabalho nas fábricas ou devido à dificuldade de liberação pelas empresas para a realização das consultas e acompanhamento de pré-natal.

Esta realidade social exige competência das equipes para a negociação junto às empresas da região para a liberação das gestantes do trabalho. Porém, os relatos demonstram que a metade das equipes pesquisadas (Esmeralda, Safira e Ônix) está com número excessivo de população para a sua área de abrangência o que dificulta o processo de trabalho e a produção do cuidado às gestantes, puérperas e bebês.

Preocupam o alto índice de cesáreas em todas as equipes e municípios pesquisados e o número elevado de gestações da adolescência, devido ao risco de prematuridade, baixo peso dos bebês e possibilidade de internação em UTI Neonatal e óbito neonatal (até 28 dias) (VICTORA, 2014).

Safira e a Esmeralda salientam convivência com processos de migração social na sua área de abrangência. Isto acaba, na opinião das equipes, complicando o acompanhamento das gestantes que chegam à área em estágio adiantado da gestação e aumentando o número de nascimentos previstos.

Sobre a composição das equipes, todas relatam algum tipo de ausência de profissional na composição da equipe mínima. Na sua maioria, agentes comunitários de saúde, mas também foram referidos técnico de enfermagem, enfermeiro e auxiliar de saúde bucal. Ainda é ressaltada por quase totalidade das equipes a questão da rotatividade e precariedade de vínculos.

Pode-se verificar, o quanto este é um aspecto que afeta o agir em competência de equipes de saúde, através dos depoimentos de Diamante, a equipe que apresenta menor rotatividade e o trabalho em equipe mais fortalecido – “[...] mas nós estamos juntas desde o começo (E7). A gente que já está assim há um bom tempo juntos tem que ter uma integração muito grande (E8)”. Esta equipe possui vínculos estáveis e atuam juntos há nove anos, verdadeiramente uma exceção nos casos apresentados. De modo similar, Ônix do mesmo município apresenta vínculos estáveis e bons resultados de trabalho.

Um dado a ser analisado diz respeito à forma como as equipes compreendem os conceitos de saúde da população e como procuram explicar questões sociais e/ou antropológicas das comunidades que vivem e especialmente em relação à mulher. A questão do aleitamento, por exemplo, a dificuldade de aleitamento exclusivo foi justificada pela maior parte das equipes analisadas pela “cultura do leite fraco” ou porque as mulheres não querem amamentar. A questão que se apresenta é até que ponto as concepções das equipes compreendem a cultura das usuárias?

A Rede Cegonha tem recebido críticas de várias ordens e uma delas é reconhecer as distintas concepções de saúde e doença, tais como de parto, que fazem parte da cultura e tradição nas diferentes realidades presentes no País. Nas regiões norte e nordeste do Brasil, em que se reconhece haver grande incidência de parteiras, curandeiras, benzedeiras e aparadeiras, a "noção de pessoalidade nos relatos de parto parece vir pautada muito mais pela diferença e aspectos relacionais do que por noções universalistas e igualitaristas". A idéia de autonomia, sobretudo quando se pensa a partir do direito que essas mulheres dizem ter sobre seus corpos uma das marcas de uma pessoalidade mais individualista/igualitária, ocupa lugar de destaque (CARNEIRO, 2013).

O acesso as seis ou mais consultas preconizadas fica dificultado devido ao fato das equipes conseguirem acessar as gestantes em estágio mais avançado de gravidez, isto aparece referido nas equipes Safira e Ágata.

Relativo à oferta de exames às gestantes na maior parte das equipes (Diamante, Ônix, Safira e Esmeralda) pesquisadas não houve relato de dificuldade pelos profissionais. Rubi e Ágata, referem o pagamento de exames para as gestantes. Também, verificou-se a não oferta de Teste Rápido de Sífilis e de HIV por Esmeralda, apesar de terem realizado a capacitação ofertada pela SES. Em Rubi, embora não efetivado na estratégia de saúde da família, o teste rápido para gravidez e de sífilis e HIV é ofertado no Pronto Atendimento.

A capacidade de articular a realidade com o protocolar define o agir em competência das equipes (SCHWARTZ, 2011). Se por um lado os protagonistas das atividades necessitam dos saberes disciplinares, por outro, testam e avaliam esses conhecimentos e os colocam em confronto com os demais saberes e experiências gerados. Poderíamos considerar que esse é um processo sem fim (SCHWARTZ, 2011).

5.4 Educação permanente como debate de valores

Quanto à qualificação para a saúde coletiva, dos dezenove trabalhadores das equipes entrevistados apenas treze deles possuem aperfeiçoamento na área da saúde coletiva.

Destaca-se que as duas equipes (Diamante e Ônix) em que todos os elementos apresentam formação na área da saúde coletiva, são equipes que também possuem os melhores escores de avaliação do PMAQ, assim como os processos de trabalhos descritos nos grupos focais um agir em competência mais voltado ao planejamento a partir do modelo de saúde da família.

Partindo-se da compreensão de educação permanente enquanto aprendizagem significativa que promove e produz sentido e transformação das práticas profissionais, que deve estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços. Portanto, um dos aspectos centrais da educação permanente é que seus métodos devem ser estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (CECCIM, 2004). Quanto a isso, não se encontrou relatos das equipes nos grupos focais realizados que apresentassem processos e práticas de educação permanentes no sentido descrito.

Porém, diferentemente do achado qualitativo, na avaliação do PMAQ duas equipes (Safira e Ágata) afirmam que os processos de EPS que vivenciam contemplem as realidades (Tabela 1).

Pelos relatos, são raros nos serviços/equipes aqui analisados espaços onde ocorram problematizações das realidades locais e processos de trabalho e singularidades. Pelo contrário, aparecem falas marcadas pela dificuldade de escuta da gestão, no que se referem à produção do cuidado, das mais variadas ordens. Desde dificuldades técnicas, de fluxos e comunicação entre serviços ou relativas ao processo de trabalho. Observa-se aqui que as equipes trazem a separação entre a gestão, a educação permanente e os processos de trabalho. Porém, contraditoriamente, nos dados da avaliação do PMAQ das referidas equipes (Tabela 1) apenas duas equipes referem a não existência de reuniões de planejamento ou apoio institucional. Este confronto nos leva a questionar sobre as concepções das equipes sobre os processos de planejamento que vivenciam

A desvalorização dos trabalhadores aparece nos depoimentos, desde o não reconhecimento do protagonismo, proatividade e criatividade na construção de protocolos singulares até o desmantelamento das equipes com ou sem substituições de trabalhadores. Para Benevides e Barros (2009), a ampliação da gestão passa pela inseparabilidade da gestão e atenção e pela instalação de dispositivos que permitam o diálogo, e a comunicação de forma mais participativa.

Apesar dos modelos de atenção e gestão cada vez mais exigirem participação ativa dos trabalhadores, o que se observa na prática é pouco reconhecimento e governabilidade das equipes, seja devido à falta de autonomia, insuficiência de mecanismos participativos de avaliação, planejamento e decisão no âmbito local onde os conflitos institucionais são pouco problematizados e direcionados no espaço do coletivo (SERAFIM, 2009).

Outro ponto que aparece nos relatos das equipes que se relaciona, de certo modo, aos processos de EPS e gestão descritos diz respeito as recentes prioridades de políticas de avaliação de indicadores e alcance de metas tais como o PMAQ. Ônix foi uma das equipes que trouxe de forma muito clara um processo de descontentamento devido à falta de qualquer tipo de retorno às equipes — "Nós participamos de dois [do PMAQ] e a gente não tem retorno (E10)".

Para Gastão Campos (2007), a principal forma de comprometer os trabalhadores é valorizando suas experiências e conhecimento da realidade e não

os subjugando na condição de objetos. É que atividade e gestão não podem ser separadas, pois tal regime de produção produz e é produto de sujeitos com desejos, necessidades, interesses em conjugação e conflito, onde o mundo do trabalho é criação e uso de si, mas também de luta e resistência. “Gestão não é apenas a organização do processo de trabalho, mas o que se passa entre os vetores-dobras que o constituem (BENEVIDES; BARROS, 2009)”. Ampliando-se o campo de problemas, verifica-se limitação do conceito de rede. Concebida da perspectiva de regulação dos serviços, mas deixando a desejar quanto a articulação de atores e instâncias que compõem o sistema saúde, deve-se superar a mera prescrição de fluxos e regras com frágeis pactos e negociações (SERAFIM, 2009).

5.5 Trabalho em Equipe

Quanto às características do trabalho em equipe que desenvolvem e como conseguem constituir os momentos de convivência com o intuito de construir sinergia e fortalecimento das relações na equipe, três equipes (Ágata, Safira e Esmeralda) relatam realizar reunião de equipe de forma sistemática. Ágata quinzenalmente, Esmeralda e Safira semanalmente. Diamante e Ônix apresentam dificuldades de realizar reuniões de equipes de forma sistematizada. Em contrapartida Rubi diz que a reunião de equipe não acontece.

Já nos dados quantitativos da avaliação do PMAQ (Tabela 1), todas as equipes afirmam realizar reuniões de equipe, inclusive Rubi. Ágata, embora na avaliação do PMAQ tenha afirmado realizar reunião de equipe semanal, no grupo focal informou apenas recentemente estar conseguindo realizá-la de forma quinzenal. Diamante e Ônix informaram na avaliação do PMAQ realizar reunião semanalmente, embora no grupo focal relatem dificuldades das reuniões acontecerem de forma sistemática. Safira, falou das dificuldades de integrar todos os atores do cuidado e Esmeralda, além disso, teceu críticas pelo espaço ser subutilizado apenas para informes e administrativas.

Todo o ato de trabalho na saúde coletiva só é possível se inserido em um coletivo que o autoriza e o enquadra — a equipe de saúde. Schwartz (2011) denomina as equipes de saúde como Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes

(ECRP). São entidades porque envolvem pessoas que ao trabalharem juntas compartilham valores, histórias de vida, vivências. São coletivas porque são vários trabalhadores buscando realizar seu trabalho. Relativamente pertinentes para se compreender como o trabalho acontece, pois se mudam as pessoas, também muda o conteúdo e o ritmo da atividade (SCHERER; SCHWARTZ, 2009).

Na produção do cuidado em saúde as atividades são sempre singulares, principalmente as ações de atenção direta ao usuário, o que dificulta a simples aplicação de prescrições. Assim, as entidades coletivas ou as equipes de trabalho na saúde coletiva, se mostram através das relações que se estabelecem no coletivo. Com mais ou menos cooperação, ou através de gestos e iniciativas que vão permitindo que os conhecimentos técnicos e procedimentos tenham certa eficácia. Há uma rede de relações multiprofissionais, onde a atividade de trabalho de uma equipe se integra também com outros serviços e outras equipes. Portanto, o coletivo sempre se reconstitui conforme a necessidade do trabalho (SCHERER; SCHWARTZ, 2009).

Embora com dificuldades para manutenção deste espaço as equipes compreendem a sua importância para organização e planejamento. A dificuldade, na opinião das equipes, estaria relacionada à demanda da comunidade o que dificultaria o momento das reuniões de equipe. As opiniões relacionadas às reuniões mais ampliadas com as demais equipes de saúde da família do município não são muito positivas. Esmeralda relata a realização de comparações negativas entre as equipes.

A complexidade dos sistemas de trabalho aumenta como também dos coletivos. O 'trabalhador coletivo' é um conceito que permite exprimir e descrever esta característica. Cada um faz uso de si em função do coletivo, pois este faz uso de seus membros. A dialética 'uso de si por si e pelos outros' funciona no âmago dos coletivos de trabalho. (DURAFFOURG, 2010)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados obtidos destacam-se alguns aspectos que dizem respeito às formas como as equipes de estratégia de saúde da família tentam organizar-se para a produção do cuidado.

- Evidencia-se pelos resultados convivência com os profissionais médicos especialistas de maneira não compartilhada e integrada às equipes afetando o uso dos protocolos, desvirtuando o modelo de atenção e tornando a estratégia de saúde da família coadjuvante no cuidado. De certa forma, reforçando e legitimando processos de trabalho parcelares e fragmentados entre equipes e especialistas, a livre demanda e o atendimento médico-centrado com priorização de exames e procedimentos. Salienta-se que, onde não há presença dos médicos especialistas as equipes referiram não apenas utilizar, mas criar protocolos voltados à sua realidade. Assim como, foram as que obtiveram melhor desempenho na avaliação do PMAQ – score muito acima da média e onde todos os profissionais possuem vínculos de trabalho estáveis, com menor rotatividade (tempo médio de 4-9 anos), formação voltada à saúde coletiva e demonstraram maior sinergia no trabalho em equipe.
- Quanto ao conhecimento da realidade das gestantes, puérperas e bebês as equipes demonstram certa apropriação, mas apresentam dificuldades na compreensão das concepções de saúde e doença das usuárias que cuidam. Aparece um discurso simplista e prescritivo quando não preconceituoso a respeito da individualidade e autonomia das mulheres e suas escolhas.
- O estudo ressalta a questão da rotatividade e precariedade de vínculos empregatícios e a sobrecarga de trabalho, principalmente pelas enfermeiras que acumulam função de gestão e atenção nas equipes.
- Relativo aos processos de educação permanente como debate de valores não se encontrou relatos nos grupos focais realizados que apresentassem práticas de EPS no sentido de problematizar os processos de trabalho e, com isso mudar as formas de produzir o cuidado.
- Quanto ao trabalho em equipe os resultados evidenciam que mesmo com dificuldades para manutenção deste espaço as equipes compreendem e defendem

sua importância para organização e planejamento de ações. As dificuldades relacionam-se a parar os atendimentos, comparações entre equipes, subutilização apenas com informes e administrativas e a não participação de todos os atores do cuidado. Ou seja, mesmo onde haja proposta de EPS vê-se a dificuldade de operacionalizá-la de fato como transformação das práticas.

- Se os trabalhadores não praticam este fazer de forma conjunta dialogando em co-gestão e ampliação da clínica com todos os atores do cuidado como esperar cooperação e projeto comum?
- As equipes apontam em seus depoimentos a separação entre a gestão, a educação permanente e os processos de trabalho.
- As equipes necessitam maior integração da gestão com a atenção em espaços de problematização de seus processos de trabalho na busca de menor hierarquização das relações e valorização dos trabalhadores com vistas a um cuidado mais próximo da integralidade, longitudinalidade e protagonismo.

Este estudo faz parte de uma pesquisa aprovada pela FAPERGS/PPSUS este trabalho se propõe a seguir investigando outros agires nas equipes no território da 1ª CRS conhecendo e promovendo espaços de Oficinas, Rodas de Conversa e construção conjunta aos profissionais/gestores/usuários sobre seus processos de trabalho e necessidades de EPS que lhes são singulares e em constante transformação porque lidam com situações imprevisíveis e únicas que requerem seus saberes tácitos e não apenas seguir protocolos.

REFERÊNCIAS

BARROS, M. E. B. de FILHO; SERAFIM, B. S. (Org.) *Trabalhador da Saúde: muito prazer!* Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Coleção saúde coletiva. Reimpressão Ijuí: Ed. Unijuí, 2009. 272 p.

BOSI, M. L. M. (org). *Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde: Enfoques Emergentes*. Rio de Janeiro: Editora Vozes Ltda. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. *Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005. 36 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS : documento base para gestores e trabalhadores do SUS – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006b. 52 p. : il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde)*.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica. Caderno 17 – Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia prático do agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html Acesso em: 09 de setembro e 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 27 jun.

2011a. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

Acesso em: 15 de março de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB) e o incentivo financeiro do PMAQ/AB, denominado componente de qualidade do piso de atenção básica variável - PAB variável. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF 20 jul. 2011b. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html

Acesso em: 15 de março de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco* Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento*. Cadernos de Atenção Básica, nº 33. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. 272 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. Série A. Normas e Manuais Técnicos 5. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012c. 302 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012d. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

Acesso em: 15 de março de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Nota Técnica*. Brasília. Disponível em:

<<http://dab2.saude.gov.br/dab/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

BARROS, M. E. B. de FILHO; SERAFIM, B. S. (Org.) *Trabalhador da Saúde: muito prazer!* Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Coleção saúde coletiva. Reimpressão Ijuí: Ed. Unijuí, 2009. 272 p.

BOSI, M. L. M. (org). *Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde: Enfoques Emergentes*. Rio de Janeiro: Editora Vozes Ltda. 2006.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. Editora HUCITEC. 3ª ed. São Paulo, 2007.

CANZIONERI, A. M. *Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

CAREGNATO, R.C.A.; MUTTI R. *Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo*. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 679-84.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.41-65, 2004. Disponível em: <http://www.fepecs.edu.br/cies2010/artigo09.pdf>
Acesso em: 15 de março de 2013.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. v. 9, n.16, p.161-77, set.2004/fev2005.

CECCIM, R.B. et al. Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. *Cienc. Saude Colet.*, v.13, n.5, p.1567-78, 2008.

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. São Paulo: Cortez, 1998.

CUNHA, G.T. *A Construção da clínica ampliada na atenção básica*. 3ª ed. São Paulo: Editora HUCITEC, 2010.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E.; *A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde*. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005. p.181-193.

FRANCO, T.; MERHY, E.E. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 3ª ed. São Paulo: Editora Hucitec. 2006.

FRANCO, T.B.; *As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde*, in PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Orgs.) *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Editora ABRASCO, 2006.

HENNINGTON, E.A. *Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da Ergologia*. *Rev. Saúde Pública*, v. 42, n. 3, p. 555-61, 2008.

LOURAU, R. René Lourau na UERJ - 1993. *Análise Institucional e Práticas de Pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 1993. 116p.

MERHY, E.E. *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde*. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). *Agir Em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

MICCAS, F.L.; BATISTA, S. H. S. da S. *Educação permanente em saúde: metassíntese*. *Rev. Saúde Pública*, v. 48, n. 1, p.170-185, 2014.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2008.

PASCHE, D.F. *Política Nacional de humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar*. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação (Botucatu)* v. 13, supl. 1, 2009.

POPE, C; MAYS, N. *Pesquisa Qualitativa: na atenção à saúde*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

RAMOS, M.N. *Conceitos Básicos sobre Trabalho*. In: FONSECA, A.F.; STAUFFER, A. de B. (Org.) *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 211 p.

RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. *Plano Estadual de Saúde: 2012/2015*. Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.). Porto Alegre, 2013. 250 p. II.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. *Portal da SES/RS: SINASC*. [site da Internet] [acessado em 2014 set 08]. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/lista/588/2012_-_Nascidos_vivos

SCHERER, M.D.A.; PIRES D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Rev Saúde Pública*. v. 43, n. 4, p. 721-5, 2009.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Orgs). *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Trad. BRITO, J. [et al.] e Rev. Téc. BRITO, J.; ATHAYDE, M. 2 ed. Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense, 2010.

SCHWARTZ, Y. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v.9, supl.1, p.19-45, 2011.

SCHWARTZ, Y. *Uso de si e competência*. In: SCHWARTZ, Y; DURRIVE, L. Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói: Eduff, 2010.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TRAJANO, A.; CUNHA, D. O trabalho em saúde e a política de humanização do Sistema Único de Saúde (SUS): o ponto de vista da atividade industriosa na análise do trabalho. *Rev. Tempus Actas Saúde Colet.*, v.6, n.4, p.77-99, 2012.

VICTORA, C. G.; AQUINO, E. M. M. L.; LEAL, M. C.; MONTEIRO, C. A.; BARROS, F. C. F.; SZWARCOWALD, C. L. *Saúde de mães e crianças*. In: VICTORA, C. G.; LEAL, M. C.; SCHIMDT, M. I.; MONTEIRO, C. A. Saúde no Brasil: a série The Lancet 2011. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

JORNAL O ESTADO DE SÃO PAULO *Cesárea freia queda de mortalidade materna diz especialista*. São Paulo, 30 jun. 2014. Ilustrada, p 15.

Disponível em:

<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,cesarea-freia-queda-de-mortalidade-materna-diz-especialista,1521306>

Acesso em: 10 de agosto de 2014.

YIN, R.K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Trad. Ana Thorell 4 ed. Porto Alegre: Bookamn, 2010.

APÊNDICE A

ROTEIRO PARA A CONDUÇÃO DO GRUPO FOCAL DIMENSÕES DO AGIR EM COMPETÊNCIA PARA A PRODUÇÃO DO CUIDADO DE GESTANTES/PUÉRPERAS E BEBÊS

Dimensões	Objetivos	Questões Norteadoras
Dimensão1: O relativo domínio de algo codificado PROCOLO	Objetivo 1: Descrever processos educacionais da trajetória da ESF que possibilitaram conhecer e dominar protocolos do cuidado integral.	Falem sobre os protocolos mais usados e importantes para a ESF na produção do cuidado. Como acessaram os protocolos do cuidado durante a formação e o exercício da equipe na ESF?
Dimensão2: O relativo domínio de algo não codificado SINGULARIDADE	Objetivo 2: Identificar experiências dos processos educacionais que possibilitaram conhecer singularidades da realidade do trabalho.	Falem sinteticamente sobre a realidade do cuidado na ESF? Como acessaram as informações da realidade do cuidado na ESF nos processos educacionais?
Dimensão3: O domínio da decisão pertinente no momento certo	Objetivo 3: Identificar como o profissional renormaliza protocolos conforme cada situação.	A ESF modifica protocolos durante a atuação? Por quê? Dê exemplos.
Dimensão 4: A reconfiguração do meio em um debate de valores “O USO DE SI POR SI”	Objetivo 4: Identificar o debate de valores e normas impostas e instituídas na atividade de trabalho.	As dinâmicas do trabalho da ESF permitem a renegociação de valores e normas? Descreva e/ou dê exemplos de como e onde isso ocorreu.
Dimensão 5: Em função do debate de valores desdobramentos do potencial VALORES	Objetivo5: Identificar a participação em processos educação continuada e/ou permanente e se agregam para sua vida.	Qual o valor/importância do trabalho para a sua vida? Como o trabalho se inclui na sua vida? A ESF participa de processos de EPS? Como os processos de educação permanente trazem valor para a sua vida?
Dimensão 6: A sinergia com o coletivo EQUIPE	Objetivo 6: Identificar a experiência do trabalho em equipe	Descreva o trabalho em equipe para a produção do cuidado?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL Faculdade de Medicina/PPG Ensino na Saúde

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Atenção à saúde da gestante, puérpera e bebê e qualificação profissional de equipes de saúde” Você foi convidado porque atua como profissional de saúde em uma equipe de saúde do Sistema Único de Saúde. A coordenadora dessa pesquisa se chama Cristine Maria Warmling e é professora do Mestrado Ensino na Saúde da UFRGS.

Esse documento possui todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta assinar essa declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com as responsáveis pela pesquisa.

O presente estudo tem o propósito de analisar o agir em competência para a produção do cuidado à gestante, puérpera e bebê das equipes de saúde de municípios que pertencem a 1ª Coordenadoria Regional de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

A realização da pesquisa foi autorizada pelo Coordenador da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e pelo Secretário de Saúde do município.

Para realizar a pesquisa você será submetido a uma entrevista contendo perguntas abertas e fechadas. Também serão analisados indicadores de saúde produzidos pelos locais estudados. As respostas serão digitadas e analisadas e os pesquisadores envolvidos no projeto conhecerão esse material para discutir os resultados, mas estas pessoas estarão submetidas às normas do sigilo profissional.

O benefício esperado com a pesquisa é o de contribuir com informações relevantes a respeito dos processos de trabalho e de qualificação das equipes de saúde que atuam com gestantes, puérperas e bebês. Espera-se que as informações

produzidas na pesquisa possam apoiar na proposição do plano de educação permanente da região.

Os riscos que a realização da pesquisa possui referem-se à possibilidade do reconhecimento das realidades apresentadas e identificação das unidades de saúde em que se realizou o estudo. Porém, garante-se a confidencialidade dos participantes da pesquisa e que não serão descritas informações que possam comprometer os sujeitos do estudo.

Diante dessas explicações se você acha que está suficientemente informado (a) a respeito da pesquisa que será realizada e concorda de livre e espontânea vontade em participar, como colaborador, da pesquisa coloque seu nome no local e indicado.

Caso você possua perguntas sobre o estudo ou se pensar que houve algum prejuízo pela sua participação nesse estudo, pode conversar a qualquer hora com a coordenadora da pesquisa Cristine Maria Warmling através do telefone 0XX5191994058 ou 0XX5133156895 ou com o Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS, no telefone 0XX (51)33083629.

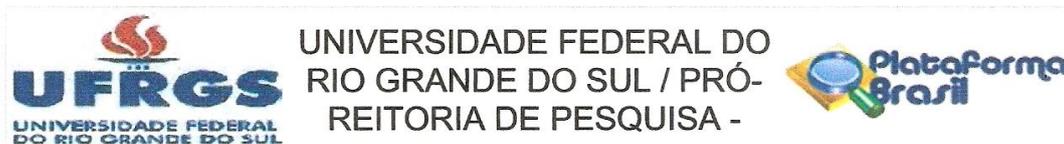
Nome do participante: _____

Assinatura: _____

Nome da Pesquisadora: _____

Assinatura: _____

ANEXO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atenção a saúde da gestante, bebê e puérpera e qualificação profissional de equipes de saúde.

Pesquisador: Cristine Maria Warmling

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 16931213.3.0000.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 400.154

Data da Relatoria: 12/09/2013

Apresentação do Projeto:

Idem ao parecer anterior

Objetivo da Pesquisa:

Permanece como no parecer anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Idem ao parecer anterior

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora informa que após as divulgações do início e programação da pesquisa, oralmente nas reuniões mensais dos gestores entrará em contato telefônico com as coordenações das equipes de saúde da família e com os profissionais de saúde dessas equipes a serem pesquisadas em cada município agendando a coleta de dados. Destaca que não serão utilizados cartazes de divulgação da pesquisa, o trâmite de contato com as equipes a serem pesquisadas ocorrerá oralmente via telefone. Informa Como não há comitê de ética nos municípios estudados o projeto deve tramitar somente pelo comitê de ética da UFRGS. Justifica que o projeto só tramitou no Com Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS porque não existe comitê de ética nos municípios estudados. O Termo de Autorização dos cinco campos de pesquisa foram anexadas no estudo.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar do Prédio da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-
REITORIA DE PESQUISA -



Continuação do Parecer: 400.154

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Idem ao parecer anterior

Recomendações:

Considerando que as solicitações do CEP foram acolhidas o projeto apresenta condições de ser aprovado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se aprovação do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Recomenda-se aprovação do projeto.

PORTO ALEGRE, 19 de Setembro de 2013

Assinador por:
José Artur Bogo Chies
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar do Prédio da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br