



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

MARIANA LECTÍCIA BERARDI

**ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO
VIVENCIADO DURANTE UM PROGRAMA DE
QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Londrina
2020

MARIANA LECTÍCIA BERALDI

**ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO
VIVENCIADO DURANTE UM PROGRAMA DE
QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Fernanda de Freitas Mendonça.

Londrina
2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

B482 Beraldi, Mariana Lectícia.

Organização do processo de trabalhado vivenciado durante um programa de qualificação da Atenção Primária à Saúde / Mariana Lectícia Beraldi. - Londrina, 2020.
176 f.

Orientador: Fernanda de Freitas Mendonça.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2020.

Inclui bibliografia.

1. Atenção Primária à Saúde. - Tese. 2. Educação Permanente em Saúde. - Tese. 3. Processo de trabalho. - Tese. 4. Política de Saúde. - Tese. I. Mendonça, Fernanda de Freitas. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

MARIANA LECTÍCIA BERALDI

**ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO VIVENCIADO
DURANTE UM PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Fernanda de Freitas
Mendonça
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Dr^ª. Maria Lúcia da Silva Lopes
Diretora da 17^a Regional de Saúde

Prof^ª. Dr^ª. Sarah Beatriz Coceiro Meirelles
Félix
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 06 de março de 2020.

Dedicatória

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo aos profissionais que buscam aprimorar o conhecimento em prol do cuidado e a todos os usuários, sentido de nossa dedicação diária.

Agradecimentos

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por desde o começo me guiar na escolha do mestrado como um possível caminho para meu crescimento profissional. Por vezes me questioneei se estava escolhendo o caminho certo, e por mais desafiador que possa ter sido, o Senhor sempre colocou paz no meu coração de que eu estava fazendo a escolha certa. Obrigada, Deus, por termos nos unido novamente e por ter me carregado no colo a todo momento. A você eu entrego, confio, aceito e agradeço tudo o que planeja para minha vida para que eu seja feliz.

Aos meus avós, Waldemar, Maria José, Francisco, Maria Clarice e Biza Lectícia, por todos os valores ensinados a nossa família, como o amor. Nesse ano pude aceitar todos como parte de mim e o quanto isso é libertador, pois faz parte de quem eu sou. A família do meu pai, que me ensinou valores como honestidade e trabalho e a família da minha mãe, que me ensinou a ser alegre. Obrigada, meus antepassados, pois são vocês que conceberam o meu tesouro: minha família.

Aos meus pais, Idemar e Silvia, pois neste ano permiti colocar-me no papel de filha e me senti cuidada por vocês. Obrigada por todos os valores ensinados durante a vida e todo apoio emocional e financeiro nesse percurso, pois em todos os momentos me senti apoiada. Nesses últimos dias tenho vivido o verdadeiro significado da família e é muito bom retornar para o meu lar, como verdadeira filha. Sinto que hoje encontrei meu lugar em nossa casa. Vocês são grandes e eu sou pequena. Vocês me deram o que eu tenho de mais precioso: a vida e por isso, vivo e viverei plenamente.

Ao meu querido irmão, Julian, que mesmo distante nesse percurso do mestrado, se fez presente em meu coração. Tenho muito de você, principalmente a alegria em viver. Você é minha melhor ponte com o passado e aquele que estará comigo para me apoiar no futuro.

À minha orientadora Fernanda, por durante todo o trajeto ter me concedido autonomia e liberdade para que eu pudesse traçar o meu caminho dentro do mestrado. Obrigada pelo apoio na escolha do tema da dissertação, pois, por mais que eu tenha desanimado em alguns momentos, sinto que amadureci muito nesse processo todo. Agradeço também a paciência pedagógica e por

acreditar em mim, me oferecendo palavras de afirmação e incentivo.

Aos participantes da pesquisa, que sempre me acolheram muito bem na unidade. Foram tão receptivos que tiveram momentos em que me senti parte do grupo. Em alguns momentos do mestrado me incomodei por não ter experiência profissional, mas sou grata, pois estar com vocês me ensinou muito sobre a rotina profissional e trabalho em equipe. Além disso, agradeço todas as informações concedidas que tornaram essa pesquisa possível.

Aos profissionais da Regional de Saúde, Josi, Fran, Ana e Lúcia, que sempre me atenderam prontamente com muita atenção e possibilitaram a coleta das informações.

Aos amigos do mestrado pela troca de experiência e por tornar essa caminhada mais leve. Especialmente as amigas Eli, Barbara e May pelas risadas e por terem permitido viver uma amizade serena nesses dois anos.

Aos professores do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva pelo compromisso, dedicação e competência em ensinar, que me possibilitou amadurecimento nesse percurso.

À minha querida coorientadora da graduação, Tatiane, que por mais que não esteja mais presente em minha rotina, foi quem me ensinou a gostar da área acadêmica e me ensinou a base para a pesquisa científica. Você sempre foi minha parceira e um exemplo para mim.

Às minhas queridas amigas Isa, Nicole, Raquel, Natália, Maju, Renata, Rafa, Mari, Ma, Jeniffer e Jaque, que sempre foram um refúgio para mim. Representam na minha vida todo zelo e carinho. Sempre ouviram minhas angústias em relação a minha carreira profissional e a todo momento acreditaram na minha capacidade, me incentivando a ser uma pessoa melhor. Vocês representam o cuidado de Deus em minha vida e sou muito grata por ter amizades tão verdadeiras.

Aos amigos da Terapia Comunitária Integrativa, especialmente professora Graça e aos amados Rita e Paulo, que permitiram me conectar com meus valores nesse ano. Ao lado de vocês pude ressignificar histórias em minha vida e vocês me deram forças para me tornar uma pessoa mais corajosa e leve. A Terapia Comunitária Integrativa entrou na minha vida como uma luz, que me permitiu encontrar o meu lugar em minha família, minha vida, enfim, me tornar eu.

Ao João e sua família, hoje, separados pela distância, mas por muitas vezes foram meu abrigo e refúgio. João foi meu parceiro e companheiro por quase toda essa caminhada, que sempre me incentivou, acreditou no meu potencial e tornou meus dias mais leves e felizes com seu amor, bom humor e verdadeiro cuidado comigo. Sou muito feliz por ter vivido uma história tão linda ao seu lado e por ter tido a oportunidade de conhecer um homem tão especial como você. E a sua família, especialmente Sônia e Lê, pois com vocês aprendi a ter mais leveza, a relaxar de verdade e aproveitar verdadeiramente um momento com o outro. Sempre me senti acolhida e cuidada por vocês e, muitas vezes, foram minha família. Gratidão eterna em meu coração.

Ao meu novo amor, Paulo, que há pouco tempo está em minha vida como meu parceiro, mas com você já vivi momentos tão lindos e verdadeiros. Estar com você reafirma em mim o meu lado gentil, empático, humano e flexível. Você me faz querer ser uma pessoa e profissional melhor. Obrigada por ter entrado em minha vida, por mexer com sentimentos desafiadores que rodeiam o meu coração e também por me proporcionar tanta paz e sentimentos tão belos.

À minha psicoterapeuta, Vilmara, que possibilitou um encontro comigo mesma neste ano e me possibilitou um encontro com Deus.

Ao Grupo de Pesquisa GESTSUS, pelo conhecimento compartilhado.

À banca examinadora, pelas contribuições nesta pesquisa e pela disponibilidade em aceitar o convite.

À seção de Pós-Graduação, Manu e Sandra, pois sempre me receberam com uma acolhida gostosa, com palavras afetuosas e sempre estiveram comprometidas em sanar minhas dúvidas.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES), pela concessão da bolsa de estudo para a realização dessa pesquisa.

Enfim, dedico esse trabalho para todos àqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para finalizar essa etapa.

“Tudo o que vocês pedirem em oração, creiam que já o receberam, e
assim sucederá”

Marcos 11:24

Trajectoria Pessoal

TRAJETÓRIA PESSOAL

Escrever sobre o caminho percorrido até a finalização do mestrado traz muitas reflexões sobre minha história e acabo vivendo uma verdadeira mistura de sentimentos. A minha inserção na Pós-Graduação de Saúde Coletiva se iniciou muito antes de realizar a inscrição para o programa, mas certas coisas só conseguimos correlacionar com o passar do tempo. Agora, ao final do mestrado, consigo compreender as peças do quebra cabeça e percebo que a dissertação não foi um produto final e que o principal produto sou eu e minha construção enquanto ser humano.

Iniciei minha graduação em Enfermagem em 2014 e desde a primeira semana de aula me interessei em participar de grupos de pesquisa e ainda muito nova já me inseri na Iniciação Científica. Desde o início já falava que queria fazer mestrado e doutorado, mesmo sem saber o que aquilo significava, apenas pedia fortemente esse desejo em oração e seguia meus sentimentos e o movimento da vida. Meu caminho percorrido dentro desse grupo me trouxe experiência acadêmica e mesmo ainda muito imatura, o desejo pela pesquisa já começava a aflorar dentro de mim.

Na faculdade sempre tive muitas dúvidas em qual caminho percorrer, pois sentia a graduação muito direcionada para a formação de enfermeiro hospitalar e em nenhum momento me via adequada dentro daqueles padrões. No último ano da graduação, na escolha da área de interesse do internato, resolvi seguir meu coração e decidi, de última hora, abrir mão de tentar um internato hospitalar para tentar a vaga no CAPS III de Londrina. Então, passei os últimos 6 meses da graduação inserida no CAPS e em uma Unidade Básica de Saúde. Naquele período me sentia realizada. Tive a plena certeza de que o meu lugar não era em hospital e que dentro da Enfermagem eu poderia trilhar o meu caminho.

Antes do internato, meu desejo era fazer Residência em Gerência ou Mestrado em Enfermagem, mas Deus me mostrou outras possibilidades, algo que eu poderia ser mais feliz. Quase finalizando a graduação, tive a oportunidade de conhecer o Programa de Residência em Saúde da Família e o Mestrado em Saúde Coletiva. Hoje sei que nada foi ao acaso. Ao concluir a graduação prestei prova nesses dois programas e também no Mestrado de Enfermagem da UEL. Enquanto participava dos processos, tinha a certeza de que se eu passasse em algum, eu escolheria

fazer a residência. Para a minha surpresa, recebi a aprovação nos três processos seletivos. Não acreditei que aquilo estava acontecendo e então, toda a certeza que tinha, já não existia mais. Me vi preenchida de dúvidas por qual caminho iria percorrer.

Pela aproximação com a Saúde Coletiva, logo de início eliminei a possibilidade do Mestrado em Enfermagem, mas então, ficava a indecisão se escolheria ir para a prática, com a residência, ou continuaria trilhando na teoria, com o mestrado. Depois de muito pensar e muita oração, acreditei que o mestrado seria a melhor opção para mim naquele momento de vida. Eu sabia que Deus estava cuidando de tudo, era só confiar.

Durante o mestrado fui bolsista CAPES, e por isso, em meu coração sempre havia o sentimento de desqualificação por não ter a prática, pois sabia que era importante no meu percurso enquanto enfermeira. Me entristecia em diversos momentos dizendo que minha experiência profissional era pouca. Demorei para entender que todo o trajeto do mestrado também era experiência profissional e que aquele caminho também era importante para mim, estava me construindo de diferentes formas.

A escolha do tema da dissertação surgiu em 2018 por meio de conversas com minha orientadora e um dia, por “acaso”, decidimos que meu campo de estudo seria na mesma unidade de saúde onde havia a Residência de Saúde da Família, que eu havia sido aprovada. Fiquei no processo de observação-participante por cinco meses e lá, aprendi muito com o trabalho de toda a equipe. O fato de estar na mesma unidade em que teria atuado enquanto residente me fez beber daquela água de uma maneira diferente, pois eu namorei aquele lugar. Eu queria o mestrado, mas também queria a residência e por isso estava lá enquanto pesquisadora, mas tinham outros afetos envolvidos e isso não fazia de mim uma mera pesquisadora observadora. Estava implicada com aquele lugar. Eu gostava de estar lá e me via envolvida com os profissionais, me sentia acolhida por todos, implicada com a potência da residência em uma unidade e com o processo de trabalho. Aquele lugar me proporcionava paz e aprendizado.

Em 2019, surgiu algo que mudou significativamente o rumo da minha vida, a Terapia Comunitária Integrativa (TCI). Além de uma grande contribuição pessoal, a TCI me propiciou o

início da realização de um sonho: minha inserção no programa de doutorado em Enfermagem na Universidade Federal de São Paulo. A TCI também entrou “por acaso” em minha vida. Recebi um comunicado da inscrição do curso e sem ao menos saber o que era, sentia que tinha que fazê-lo e por isso, não posso deixar de colocar na minha trajetória esse marco tão importante. A TCI veio como uma luz no meu coração, na qual eu pude conhecer pessoas maravilhosas que ajudaram a me formar enquanto ser humano, enxergar dentro de mim potencial, aprender com minha história de vida e reconhecer dentro de mim e dentro da metodologia que a TCI propõe, estratégias para ajudar as pessoas.

Juntamente com alguns profissionais da unidade onde eu desenvolvi a pesquisa, fizemos algumas rodas de TCI com a população daquele território e retornar naquele lugar me trazia serenidade e a certeza de que poderia dar alguma devolução para a comunidade. Entretanto, também aprendi que a comunidade é uma escola, e que muito mais do que levar estratégias para dentro daquele espaço, percebi que a própria comunidade tem força para se desenvolver e que os recursos estão dentro de cada um. Foram momentos de troca de experiência, no qual aprendi muito mais com eles.

Sinto que as experiências do mestrado, da TCI e dos acontecimentos concomitantes a esse período me proporcionaram um mergulho inicial na Saúde Coletiva. Iniciou de forma sutil na graduação e sem perceber, as circunstâncias foram se desenhando, de forma que eu pudesse me ver mais envolvida em contextos sociais e educacionais. Aquela menininha insegura com a indecisão de qual escolha trilhar, hoje conclui o mestrado um pouco mais mulher. Confiante de que o mestrado também proporcionou experiências, aprendizados, o encontro com pessoas, maturidade na escrita e autoconfiança.

Meus olhos brilham, pois por mais que eu não tenha certeza do destino na Enfermagem, sei que o caminho está todo sendo conduzido por Deus. Cada vez mais tenho um encontro comigo mesma, me vejo podendo ajudar as pessoas com as minhas potencialidades e com minhas características. Hoje vejo que todos os “acazos” acontecidos, recebem o nome de “cuidado de Deus” com minha vida. Ainda que percorra por caminhos turbulentos e incertos, seguir meu coração

sempre me levou para destinos que trazem felicidade e paz para minha alma e com isso, estou tendo a certeza que se eu confiar em minhas intuições, as concretizações de minha vida continuarão sendo belas.

Resumo

BERALDI, Mariana Lectícia. **Organização do processo de trabalhado vivenciado durante um programa de qualificação da Atenção Primária à Saúde**. 2020. 176 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2020.

RESUMO

A Educação Permanente em Saúde (EPS) constitui-se em uma estratégia que busca transformar as práticas profissionais e a organização do processo de trabalho a partir das demandas do próprio trabalho. Ela atua como componente do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS), ocorrido no ano de 2011 a 2018, que corresponde a um programa do governo do Estado do Paraná que propõe a melhoria da Atenção Primária à Saúde (APS) em todo o Estado para que ela possa exercer seu papel de coordenadora do cuidado. Como segunda etapa do programa, ocorre a tutoria, que busca contribuir com as equipes de saúde a incorporar mudanças e adequações do processo de trabalho e para isso utiliza-se de um instrumento norteador que impulsiona a prática dos profissionais, o Selo da Qualidade. O selo da qualidade em sua segunda etapa, etapa prata, visa aferir o gerenciamento dos processos. O objetivo deste estudo foi analisar a organização do processo de trabalho vivenciada durante um programa de qualificação da APS. A pesquisa ocorreu com profissionais de uma Unidade de Saúde da Família (USF), localizada no município de Londrina, Paraná, participante do processo de tutoria, buscando a certificação da qualidade do nível prata. O estudo foi feito com todos os trabalhadores da unidade, incluindo profissionais residentes que atuavam juntamente a equipe e tutores do programa. A pesquisa tem caráter qualitativo, descritivo e exploratório, do tipo estudo de caso. Utilizou-se como ferramenta de coleta de dados observação-participante, realizada no período de julho a outubro de 2018, e entrevistas semiestruturadas com os profissionais da USF, feitas em dezembro de 2018 até abril de 2019. Os dados foram analisados de acordo com a proposta de Martins e Bicudo. Da análise dos resultados emergiram três manuscritos: Reflexos de um processo de qualificação da Atenção Primária à Saúde na rotina e no cuidado produzido pelos trabalhadores; Estratégias de gestão do trabalho durante um processo de qualificação da Atenção Primária à Saúde; Resultados de um processo de qualificação da Atenção Primária à Saúde. Os resultados apontaram para organização do processo de trabalho, oportunidade de refletir sobre a prática, sobrecarga física e mental dos profissionais, ênfase em questões burocráticas em detrimento do cuidado e dificuldade do programa em contemplar as singularidades do território e possibilitou. Diversas estratégias foram desenvolvidas pela equipe: reuniões de equipe e gerais, mutirões de estratificação de risco e criação atendimentos coletivos em formato de grupo, que possibilitaram a organização do processo e melhoria da qualidade da atenção. A participação no selo permitiu melhor conscientização do processo de trabalho, organização do fluxo e sistematização de atividades, resgate de populações negligenciadas e monitoramento da população com condições crônicas. A EPS mostrou-se como eixo transversal que percorreu todo o processo de trabalho, permitindo problematizações, trabalho em equipe e reflexão sobre a prática profissional. A EPS desenvolvida pelos próprios profissionais possibilitou sair da lógica da captura impositiva do processo e dar qualidade a gestão do trabalho.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Educação Permanente em Saúde.

Pesquisa Qualitativa. Política de Saúde. Processo de trabalho.

Abstract

BERALDI, Mariana Lectícia. Organization of the work process experienced during a Primary Health Care qualification program. 2020. 176p. Dissertation. (Masters in Public Health) - State University of Londrina, Londrina. 2020.

ABSTRACT

The Continuing Health Education (CHE) is a strategy that searches to transform the practice and organization of the work process from the demand of its own work. It acts as a component of the Primary Health Care Qualification Program (PHCQP), which occurred from 2011 to 2018, that corresponds to a program of the state of Paraná that proposes improvement in the Primary Health Care (PHC) in the whole state so it can play its role as a health care coordinator. As a second step of the program, tutoring occurs, it searches to contribute to the health teams in the changes and adequacies of the work process and for that a guiding instrument was used, which drives the workers practice, the Quality Seal. The Quality Seal in its second step, the silver step, aims to measure the process management. The goal of the present study was to analyze the management strategies done by the health workers in the PHC qualification process. The study was carried out with workers of Family Health Unit (FHU), in the city of Londrina, Paraná, part of the tutoring process, looking for the silver level quality certification. The research was carried out with all the unit workers, including resident workres that were part of the team and tutors of the program. The research is qualitative, descriptive, exploratory, case study type. As data collected tool it was used the observant-participant, carried out from July to October of 2018, and semi structured interviews with the FHU professionals, carried out from December of 2018 to April of 2019. The data was analyzed according to Martins and Bicudo's proposal (2005). Three manuscripts emerged from the analyses: Reflexes of a qualification process of the Primary Health Care in the routine and care produced by its workers; Work management strategies during a Primary Health Care qualification process; Results of a Primary Health Care qualification process. The results pointed to the work process organization, the opportunity to reflect about the professional practice, physical and mental overload, emphasis on bureaucratic issues in detriment of patient care and difficulties in the process of considering the territory uniqueness. Many arrangements were developed by the work team: staff and general meetings, joint effort for risk stratification and creation of health care meeting in group form, that allowed the organization of the process and improvement in the attention quality. The participation on the seal enabled better awareness of the work process, organization of patient flow, activities systematization, rescue of neglected populations and monitoring of people with chronic diseases. The PHE showed to be the transversal axis that must pass through the whole work process, allowing problematizations, teamwork and reflection over professional practice. The PHE developed by the staff gave the opportunity to come out of the logics of the work compulsory catch and give quality to its work arrangements.

Key-words: Primary Health Care; Continuing Health Education; Qualitative Research; Health Policy; Work Process.

Lista de abreviaturas e siglas

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-------------|---|
| AAE | Atenção Ambulatorial Especializada |
| AB | Atenção Básica |
| ABNT | Associação Brasileira de Normas Técnicas |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| APSUS | Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde |
| CIES | Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço |
| CISMEPAR | Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema |
| CNS | Conferência Nacional de Saúde |
| COMSUS | Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde |
| CONASS | Conselho Nacional de Secretários de Saúde |
| DAPS | Diretoria da Atenção Primária à Saúde |
| DEGES | Departamento de Gestão da Educação na Saúde |
| EC | Educação Continuada |
| EP | Educação Permanente |
| EPS | Educação Permanente em Saúde |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| HOSPSUS | Programa de Apoio aos Hospitais Públicos e Filantrópicos |
| MACC | Modelo de Atenção as Condições Crônicas |
| MS | Ministério da Saúde |
| PEPS | Polo de Educação Permanente em Saúde |
| PMAQ | Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade |
| PNEPS | Política Nacional de Educação Permanente em Saúde |
| PRO EPS-SUS | Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| RAS | Redes de Atenção à Saúde |
| RMFC | Residência de Medicina de Família e Comunidade |
| RMSF | Residência Multiprofissional em Saúde da Família |
| RS | Regional de Saúde |
| SESA | Secretaria de Estado de Saúde |
| SGTES | Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |

| | |
|------|--|
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UEL | Universidade Estadual de Londrina |
| US | Unidade de Significado |
| USF | Unidade de Saúde da Família |

Sumário

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 APRESENTAÇÃO | 24 |
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO | 28 |
| 2.1 PAULO FREIRE..... | 29 |
| 2.1.1 História de Paulo Freire..... | 29 |
| 2.1.2 Pedagogia da Autonomia e Pedagogia do Oprimido..... | 31 |
| 2.1.3 Reflexão Teórica | 35 |
| 2.2 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE..... | 39 |
| 2.3 O PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE | 51 |
| 2.4 O MODELO DE ATENÇÃO A CONDIÇÕES CRÔNICAS..... | 56 |
| 3 OBJETIVOS | 59 |
| 3.1 OBJETIVO GERAL..... | 60 |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 60 |
| 4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA | 61 |
| 4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA..... | 62 |
| 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO..... | 63 |
| 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO | 66 |
| 4.4 COLETA DE DADOS | 66 |
| 4.4.1 Observação-Participante | 67 |
| 4.4.2 Entrevista Semiestruturada | 68 |
| 4.5 TRANSCRIÇÃO DO MATERIAL..... | 71 |
| 4.6 EXPLORAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS | 71 |
| 4.7 ASPECTOS ÉTICOS..... | 72 |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 73 |
| 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA ENTREVISTA..... | 75 |
| 5.2 MANUSCRITO I: Reflexos de um processo de qualificação da Atenção Primária à Saúde na rotina e no cuidado produzido pelos trabalhadores ... | 76 |
| 5.3 Manuscrito II: Estratégias de gestão do trabalho utilizadas durante um processo de qualificação da Atenção Primária à Saúde | 94 |

| | |
|---|------------|
| 5.4 Manuscrito III: Resultados de um processo de qualificação da Atenção Primária à Saúde..... | 112 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 125 |
| REFERÊNCIAS..... | 128 |
| APÊNDICES..... | 139 |
| APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..... | 140 |
| ANEXOS..... | 142 |
| ANEXO A: AUTORIZAÇÃO DA AUTARQUIA MUNICIPAL DE LONDRINA PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA..... | 143 |
| ANEXO B: APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA..... | 144 |
| ANEXO C: INSTRUMENTO DE QUALIDADE NA APS - SELO PRATA..... | 148 |

1 Apresentação

1 APRESENTAÇÃO

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), criada em 2004, é uma conquista para a sociedade brasileira no que se refere à qualificação da formação dos trabalhadores da saúde e transformações das práticas do trabalho (BRASIL, 2018). Sua presença nos serviços permite potencializar o processo de trabalho e a construção coletiva do conhecimento, pois são nas relações formais e informais do trabalho que operam a produção do cuidado em saúde (MERHY, 2015).

O ambiente de trabalho se caracteriza como um espaço de formação permanente e é o “trabalho vivo em ato”¹ que orienta a produção de novos conhecimentos para o cuidado em saúde (MERHY, 2015). Sabendo disso, orientar um processo de trabalho por meio de modelos de dominação e prescrição, podem enviesar e capturar a liberdade e autonomia que os indivíduos possuem para trabalhar em benefício do cuidado (MERHY, 2013).

Desta forma, é importante refletir como se desenvolvem ações educativas no cotidiano dos trabalhadores da saúde e de que forma preparam para atender as diferentes necessidades de saúde da população (MERHY, 2014). Nesse contexto, a equipe de saúde da família pode se mostrar como um potente arranjo para a efetivação da EPS, pois a aproximação que a equipe constrói com os indivíduos fortalecem a produção do conhecimento (PINHEIRO; AZAMBUJA; BONAMIGO, 2018).

Relações de horizontalidade construídas entre os diferentes níveis de gestão, entre a própria equipe de saúde e usuários fazem necessárias para a produção do cuidado, pois se este último não fizer parte do processo, serão meros alvos de cuidados instituídos que não cuidam efetivamente. Por isso, a EPS se torna tão necessária nos ambientes de trabalho (MERHY, 2019a).

Utilizando-se da lógica da EPS, programas de saúde são criados e instituídos nos serviços de saúde, como ocorre com o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS). Um programa do governo do Estado do Paraná que foi instituído em 2011 com o intuito de qualificar a Atenção Primária à Saúde (APS). Porém, a APS por si só já apresenta uma lógica hierarquizada, como muitos outros

¹ Trabalho vivo em ato define-se como a atividade de trabalho cotidiana, é o trabalho criador e relacional. Aquele que é feito naquele exato momento e que irá interagir com instrumentos, normas, pessoas e máquinas, de modo a determinar a forma que se produz cuidado e que este será consumido pelo usuário imediatamente na produção da ação (MERHY; FRANCO, 2006).

serviços de saúde e um programa como esse pode reforçar ainda mais essas relações de poder verticalizadas, o que poderá prejudicar no produto final do cuidado.

Programas de saúde que se utilizam da lógica da EPS para serem instituídos, mas trabalham com padrões, protocolos e competitividade, podem enviesar o propósito real da EPS e enfatizar propostas de trabalho hegemônicas. A EPS pode se mostrar como uma oportunidade para garantir a autonomia do profissional da saúde na APS, bem como influenciar nas relações dele com o mundo e com os outros indivíduos. Por isso, a importância dos profissionais serem críticos e reflexivos para não se deixarem capturar pelo processo.

Essas colocações impulsionaram o pesquisador a pensar de que forma ocorre na prática o processo de trabalho durante a participação de programas de qualificação no âmbito da APS e como os trabalhadores compreendem esse processo.

Diante disso, essa dissertação estrutura-se em diferentes partes. A primeira refere-se à apresentação do referencial teórico utilizado para embasar essa pesquisa. Nela serão explorados alguns pensamentos sobre Paulo Freire, importante educador brasileiro que teve forte influência na EPS. A começar por sua biografia, após, suas principais obras que fundamentam a discussão e uma breve reflexão sobre seus ensinamentos de acordo com o tema da pesquisa. A seguir, o principal referencial teórico que influencia a discussão de toda a pesquisa, a EPS, e por último, um pequeno recorte a respeito do programa de qualificação da APS.

A segunda parte refere-se aos objetivos dessa pesquisa. A terceira, a trajetória metodológica utilizada para desenvolver este estudo. Nesta parte será apresentado o delineamento da pesquisa, cenário de estudo, participantes do estudo, maneira como foram coletados e explorado os dados, bem como os aspectos éticos.

A quarta parte refere-se aos resultados e discussão dessa pesquisa. Foi escolhido para apresentar essa dissertação o formato de artigo. Portanto, essa pesquisa gerou três manuscritos, sendo que cada um deles responde a um objetivo específico.

O primeiro deles abordará as implicações e o significado do processo de qualificação da APS no processo de trabalho na perspectiva dos trabalhadores. O segundo, os arranjos construídos pela equipe que possibilitaram a gestão do

trabalho durante o processo de qualificação e o terceiro, os principais resultados do processo de qualificação referentes ao processo de trabalho.

A última parte, considerações finais, será apresentado um compêndio sobre os principais elementos do trabalho, resgate dos objetivos, as limitações do estudo e as recomendações para futuros estudos.

Diante do exposto, a EPS parece ser potente ferramenta do processo educativo para se repensar o processo de trabalho, desde que conte com a participação dos atores envolvidos. Sabendo disso, o processo de qualificação da APS visa trabalhar na perspectiva da utilização da EPS e construção coletiva a fim de exercer os atributos essenciais da APS, como a integralidade, longitudinalidade, primeiro contato e acesso, mas em que medida a prática se torna fiel a proposta e o processo de trabalho apresenta melhorias?

A EPS é uma oportunidade de favorecer autonomia na maneira de pensar e se relacionar com o mundo e fazer relação entre os sujeitos, mas será que isso está sendo colocado de forma enviesada nessa política proposta ou a prática se mantém fiel? Como a EPS está sendo vista e vivenciada por esses trabalhadores? A partir dos pressupostos da EPS, como ocorre a gestão do processo de trabalho durante o processo de qualificação da APS? As estratégias adotadas pelos trabalhadores condizem com a lógica da EPS?

Considerando isso, é fundamental um estudo que investigue de que modo o processo de qualificação da APS (no formato de certificação do selo) reflete no cotidiano dos trabalhadores, na coerência da atenção e na gestão do cuidado.

2 Referencial Teórico

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 PAULO FREIRE

Uma das grandes expressões que Paulo Freire tem na área da saúde é a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). A concepção da EPS origina-se da questão da problematização, da aprendizagem significativa e do diálogo. Desta forma, todos os conceitos de educação construtivista que o autor trabalhava é dirigido para o campo da educação dos profissionais da saúde, expresso por meio dessa política.

Portanto, além do referencial teórico da EPS, para promover melhor discussão a respeito do processo de trabalho durante a qualificação da APS, buscou-se também contextualizar o tema à luz dos pensamentos de Paulo Freire, à fim de mostrar suas contribuições nessa política.

A seguir, será resgatado uma pequena parte da biografia do autor, uma síntese das duas principais obras que embasarão a discussão e adiante, uma pequena reflexão a respeito da influência desse referencial no processo de qualificação da APS, já relacionando com alguns resultados dessa pesquisa.

2.1.1 História de Paulo Freire

Paulo Reglus Neves Freire, nasceu em Recife, Pernambuco, no dia 19 de setembro de 1921. Freire era o caçula de quatro irmãos e com seus pais, Joaquim Temistocles Freire e Edeltrudes Neves Freire, foi alfabetizado dentro de sua casa. Concluiu a educação fundamental em Recife e aos 22 anos ingressou na Faculdade de Direito, mas apesar de sua formação, desde a graduação já lecionava aulas de língua portuguesa. Ainda hoje, Paulo Freire é reconhecido mundialmente como importante educador brasileiro (MARTINS, 2015).

Em 1944 casou-se com Elza Maia Costa de Oliveira, professora da educação primária, companheira e encorajadora em suas lutas, com quem teve seus cinco filhos. Viveram juntos por 42 anos, até a morte de sua esposa e após ficar viúvo, casou-se mais uma vez (BRANDÃO, 2005).

Paulo Freire (1996) afirma que a educação deve ser vista como exercício da liberdade alicerçada no princípio da ação dialógica, sobrepondo-se ao autoritarismo

do ensino tradicional, cedendo lugar ao diálogo e troca de saberes entre os indivíduos, no sentido de valorizar o saber de cada um.

Desta forma, desenvolveu um método de alfabetização conhecido como “método Paulo Freire” e como essa educação era uma ferramenta de empoderamento à população na qual as pessoas tinham a oportunidade de fazer uma leitura crítica da realidade, durante a ditadura militar em 1964, foi exilado por ser considerado uma afronta aos ideais da época (BRANDÃO, 2005).

Os 16 anos de exílio de Paulo Freire não representaram silêncio e reclusa, mas mostraram-se como uma oportunidade para continuar aprimorando sua prática educativa em diversos países em que passou e também pode perceber o Brasil com outros olhares, de forma a compreendê-lo. Foi nesse período exilado que escreveu *Pedagogia do Oprimido*, em que trabalha a conscientização do ser, para que este possa inserir-se no processo histórico enquanto sujeito (COSENZA, 2019; FREIRE, 2015).

Em 1980, Paulo Freire retorna ao Brasil, e dá continuidade ao seu trabalho como professor em uma universidade em São Paulo em programas de graduação e pós-graduação, responsabilizando-se à prática da educação popular. Nesta década também atuou como secretário da educação e envolveu-se em movimentos sociais populares na busca do empoderamento dos menos favorecidos (COSENZA, 2019).

Faleceu em 1997 vítima de um infarto. Recebeu prêmios e títulos no mundo todo e ainda hoje permanece a herança de seu legado transformador no processo de educação popular. Sua vida foi uma manifestação do compromisso com a justiça e humanização, mostrando-nos que somos seres de decisão e intervenção no mundo (BRANDÃO, 2005).

Paulo freire é estimado como um importante educador brasileiro e seu legado convida a interferir no mundo de modo amplo e qualitativo à realidade, independente do contexto em que se vive.

Diante disso, sabe-se que a história da saúde é marcada pela centralidade do conhecimento no profissional e também com propostas de políticas de saúde verticalizadas. Sendo assim, para além da educação, o legado de Paulo Freire reflete também no contexto da saúde. Ainda hoje, a propagação de seus princípios de liberdade, dialogicidade, problematização e autonomia configuram-se como grande desafio na prática de saúde (PARO; VENTURA; SILVA, 2019).

Diante da proposta do processo de tutoria da Secretaria de Estado da Saúde

(SESA) e o processo de qualificação da APS, cabe a reflexão crítica sobre o que representa esse sistema na prática, que ora se mostra como uma proposta verticalizada e ora se mostra como um processo de dialogicidade. Essa dualidade e essa contradição nas formas de produzir saúde faz repensar a relação dessa estratégia de saúde implementada no cotidiano dos trabalhadores e a influência na gestão do trabalho, o que justifica a escolha desse autor como referencial teórico.

A seguir serão apresentados levantamentos sobre as principais obras do autor utilizadas para a contribuição da discussão desse estudo. As obras referem-se a *Pedagogia da Autonomia* e a *Pedagogia do Oprimido*. Serão retratadas brevemente ambas as obras, sem o intuito de diferenciá-las, pois Freire era muito coerente em suas produções e elas se complementam a todo momento.

2.1.2 Pedagogia da Autonomia e Pedagogia do Oprimido

A obra *Pedagogia da Autonomia*, com sua primeira publicação em 1996, é uma das mais conhecidas de Paulo Freire e consiste em uma publicação feita um pouco antes de sua morte. Neste livro, o autor aborda as exigências do ensinar e a prática educativa, enfatizando a solidariedade e amorosidade como princípio ético da conduta pedagógica, direcionando-a para promoção da autonomia do estudante (FREIRE, 1996).

O livro é estruturado em três capítulos: “Não há docência sem discência”; “Ensinar não é transferir conhecimento” e “Ensinar é uma especificidade humana”.

A obra *Pedagogia do Oprimido* foi escrita em 1968, em uma fase cheia de inquietações por parte do autor, enquanto estava exilado. Entretanto, devido a ditadura militar que estava ocorrendo no Brasil, somente foi publicada no país em 1974. Nesta obra “estão os temas que sustentam a concepção freireana: conscientização, revolução, diálogo e cooperação” (COSENZA, 2019).

O livro *Pedagogia do Oprimido* retrata a relação entre opressores e oprimidos, apresentando a importância de uma prática libertadora que supere esse paradoxo. Desta forma, a obra divide-se em quatro capítulos: “Justificativa da Pedagogia do Oprimido”; “A concepção bancária da educação como instrumento da opressão”; “A dialogicidade: essência da educação como prática da liberdade” e “A teoria da ação antidialógica” (FREIRE, 2015).

Paulo Freire trata de que “não há docência sem discência”, pois as duas se

completam, de forma que o professor aprende com o aluno e o aluno com o professor. Nesse sentido, o professor reaprende no processo de discussão em sala e desta forma, ensinar não se limita a mera transmissão de conhecimento (FREIRE, 1996).

Freire (1996) critica a prática da educação bancária e nesta, referencia o professor como treinador e detentor de saber, pois moldam os estudantes em seres passivos, extraindo deles a possibilidade de serem criativos. Entretanto, consolida que o educador, aquele que reconhece a essência do estudante, não pode considerar o aluno como um recipiente vazio a ser ocupado por verdades absolutas, e sim viabilizar uma aprendizagem viva, humana, com todo embasamento técnico, com o objetivo de transformação de sua práxis (MITRE *et al.*, 2008).

O docente deve incentivar o discente a buscar e ter curiosidade sobre aquilo que lhe desperta interesse, pois é partir da curiosidade ingênua que se percorre pela curiosidade científica, ocasionando a construção do conhecimento de forma a não mais se contentar com uma realidade inerte, mas sim com a realidade em processo de transformação (FREIRE, 1996; FONSECA, 2015a).

Aquilo que não foi incorporado pelo estudante não foi, de fato, apreendido. Apenas há validade aquele ensino em que o aluno é capaz de recriar o que aprendeu e desencadear uma curiosidade crescente para tornar-se capaz de desenvolver habilidade crítica perante à sua realidade, configurando-se em um ser crítico, reflexivo, autocrítico e criador. Desta forma, quando a curiosidade é estimulada pelo professor, as condições para a aprendizagem são mais efetivas (FREIRE, 1996; FONSECA, 2015b).

“Ensinar não é transferir conhecimento”, refere-se que ensinar é criar possibilidades para sua própria construção do conhecimento e discorre sobre o inacabamento do ser humano. Homens e mulheres são seres inconclusos, não são seres definitivos e acabados. Portanto, os conhecimentos que se produzem são dinâmicos e imperfeitos, em constante desenvolvimento e aprimoramento (FREIRE, 1996).

A verdadeira presença humana no mundo não é de quem se adapta à realidade, mas daquele que interfere e participa, pois, o indivíduo que se mantém passivo e aceita o mundo como ele é não aprende. É necessário trabalhar no mundo com a perspectiva de ser um sujeito da história e não simplesmente um objeto dela (FREIRE, 1996).

A escola e programas que possuem uma metodologia tradicional não quer, de fato, educar, quer domesticar. Assim, em um sistema hierarquizado formam-se indivíduos passivos, treinados para não questionar, pois nesse processo a curiosidade é vista como defeito, como ameaça (FREIRE, 1996).

Nesse sentido, Paulo Freire (1996) trabalha na perspectiva de que “ensinar exige respeito à autonomia do ser do educando”, bem como exige tolerância, bom senso e alegria. O respeito a autonomia e dignidade dos alunos não funciona como se fosse uma gentileza, mas obrigação ética da prática docente. Desta forma, o respeito e a curiosidade configuram-se como prática coerente e indispensável a uma pedagogia da autonomia.

Quando Freire diz que “ensinar é uma especificidade humana”, o autor discute as responsabilidades do professor, ou seja, as habilidades necessárias de um docente para que o discente possa se desenvolver e se tornar capaz de expressar seu potencial criativo. Freire (1996), dentre diversas habilidades, diz que “ensinar exige segurança, generosidade, comprometimento, liberdade e diálogo”.

Uma das competências que o professor deve desenvolver é a segurança em si mesmo e essa segurança vem da sua qualidade de formação e da busca constante pelo aprendizado (FONSECA, 2016). A partir dessa segurança, o professor não precisa demonstrar autoritarismo, pois a relação e a busca pela aprendizagem se consolidarão a partir da relação saudável entre professor e aluno. Desta forma, o professor ensinará pelo o que ele é e faz e não pelo o que ele fala.

Segundo Paulo Freire (1996), a boa comunicação é uma habilidade importante entre os sujeitos e deve ser tida como propósito educativo, no qual todos se comportam ora como ouvintes, ora como falantes. O educador que escuta aprende a transformar o seu discurso no sentido de falar *com* o estudante e não a ele, de maneira impositiva.

Sendo assim, Paulo Freire (1996) relata que a disciplina do silêncio deve ser assumida com rigor, pois o verdadeiro comunicador é aquele que controla sua capacidade de falar e também escuta, mesmo não compartilhando dos mesmos princípios e visões sobre o assunto, pois cada um tem o direito de possuir suas convicções. É desta forma que se estabelece uma relação dialógica e enfraquece uma relação de opressor-oprimido.

Paulo Freire também coloca que o oprimido é tão envolvido na realidade imposta que ele sente que precisa do seu opressor para se desenvolver. Assim, é

necessário a busca pela humanidade dos oprimidos, que deve partir do próprio sujeito, no sentido de reconhecer-se enquanto ser e não enquanto objeto para tomar domínio sob sua própria história (FREIRE, 2015).

Para que haja a libertação dessa opressão, o autor aponta a possibilidade do diálogo crítico, da conscientização da realidade e da problematização. Diante disso, é preciso que essa busca seja em unidade, pois “ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho: os homens se libertam em comunhão” e a partir dessa libertação tanto os opressores, quanto os oprimidos se tornarão homens novos, pois deixarão de existir (FREIRE, 2015).

Nessa perspectiva, na chamada *educação bancária*, o autor coloca o papel do professor enquanto ser opressor, pois não reconhece no aluno a oportunidade de aprender com ele e de torná-lo livre para desenvolver pensamentos críticos, transformando a educação em um ato de depositar (FREIRE, 2015).

A partir disso, Freire expõe a necessidade da problematização, no qual alunos e professores aprendem e ensinam de modo crítico e reflexivo, de modo a exigir do professor uma postura aberta, acreditando na capacidade criativa do aluno. A prática da problematização permite que “homens estejam com o mundo e não simplesmente no mundo” (FREIRE, 2015).

Para viabilizar a prática da problematização e para que o sujeito se insira enquanto dominador da sua própria história, Paulo Freire (2015) aponta para uma prática democrática, horizontalizada e amorosa, na qual são necessários reflexão, dialogicidade e atitude. É fundamentado na prática problematizadora que se cria história e novos caminhos.

Freire (2015) também discute sobre a “Teoria da Ação Antidialógica” e “Teoria da Ação Dialógica”. A primeira refere-se a caminhos que os opressores utilizam para manter a opressão sobre os oprimidos. São eles: conquista, divisão, manipulação e invasão cultural. Já a segunda, refere-se a uma possibilidade otimista de reverter essa realidade imposta, por meio da colaboração, união, organização e síntese cultural.

O primeiro elemento, a conquista, refere-se a tentativa de o opressor dominar de diversas formas, sendo um exemplo delas, a educação bancária, pois qualquer espaço onde há possibilidade de crítica é considerado uma ameaça a classe opressora.

O segundo aspecto retrata a divisão como uma estratégia de manter a sociedade dominada sob controle, pois uma coletividade fortalecida é viabilizar possibilidade de poder. A terceira etapa pertence à manipulação, no sentido de inibir qualquer raciocínio crítico e *“anestesiando a massa para que ela não pense”*, ou seja, o domínio é tão grande em relação ao oprimido, que ele começa a pensar que os interesses da classe dominante também são os interesses dele.

Por fim, o último elemento da “Teoria da Ação Antidialógica” aborda a invasão cultural, no qual o modo de pensar o mundo é imposto para a grande massa, tornando-a alienada.

Entretanto, Paulo Freire (2015) também coloca uma visão otimista para que os oprimidos tenham ferramentas para conseguir superar a realidade opressora. A começar pela colaboração e organização, colocando a união dos oprimidos como fonte geradora de forças para exercer a transformação. E por último, a síntese cultural, no sentido de respeito e compreensão das diversas culturas e pensamentos, para empoderar os oprimidos e criar espaço para a representatividade.

2.1.3 Reflexão Teórica

Após a leitura das obras de Paulo Freire é possível identificar a grandeza da compatibilidade ao relacionar seus pressupostos com a gestão do processo de trabalho implementado durante a qualificação da APS, principalmente ao comparar a classe trabalhadora em situação de oprimidos, mas que no campo da micropolítica maneja essa opressão.

A micropolítica pode ser compreendida como as atividades que cada indivíduo irá produzir a partir do lugar social em que ele se encontra e que são direcionadas a partir de sua leitura de mundo e de sua realidade de trabalho. Desta forma, pode-se considerá-la como dinâmica, pois são vários e singulares os acontecimentos que ocorrem no cotidiano do trabalho em saúde e estes se modificam a todo momento, a cada encontro, na medida em que as relações, a gestão, o cuidado e os fatos se conformam (MERHY *et al.*, 2019).

Entretanto, existem forças que se concretizam no âmbito da micropolítica e que podem ser definidas pela macropolítica. A macro não significa ser maior e antagônica, pelo contrário, esses dois campos caminham juntos e não se dissociam

na prática. Porém, ao se pensar no funcionamento das instituições, considera-se a macro como diretrizes e normas estabelecidas no trabalho em saúde e que podem agir como uma força que regulam as atividades cotidianas dos trabalhadores, a micropolítica. Logo, a gestão do trabalho é formada pela coexistência da micro e macropolítica (FRANCO, 2013; MERHY *et al.*, 2019).

O trabalhador, ao mesmo tempo em que ele tem um certo grau de autonomia, criatividade e liberdade sobre seu processo de trabalho, ele sofre com a força que é operada pela macropolítica, que podem tentar controlar e verticalizar suas ações do cotidiano. Uma força apenas existe quando há outra operando em resistência e esses efeitos que ocorrem no trabalho formam campos de disputa a todo momento, que se instalam no modo de pensar do trabalho, nas relações com gestores, entre os profissionais e os usuários (MERHY *et al.*, 2019). Entretanto, segundo Merhy (2002, p.61),

[...] na micropolítica do processo de trabalho não cabe a noção de impotência, pois se o processo de trabalho está sempre aberto à presença do trabalho vivo em ato, é porque ele pode ser sempre “atravessado” por distintas lógicas que o trabalho vivo pode comportar.

Desta forma, embora haja uma lógica predominante e saberes constituídos no serviço de saúde, sob outra perspectiva, o campo da saúde e o cuidado também se formam pelas subjetividades. Mesmo que haja protocolos norteadores, o cuidado se dá pelos afetos e pelos encontros produzidos entre trabalhadores e usuários, e são esses afetos que causam alegria ou tristeza, influenciando diretamente em sua potência de agir (FRANCO; MEHRY, 2013; DELEUZE, 2002). Por um lado, os trabalhadores são oprimidos pela macropolítica, mas na micropolítica há muita potência de agir. Se uma macropolítica é instituída na perspectiva de limitar a potência de agir dos trabalhadores, estes procuram se reorganizar e encontrar seus próprios arranjos para promover um cuidado qualificado.

A partir disso, nesta seção menciona-se a Pedagogia do Oprimido e a Pedagogia da Autonomia como uma forma de emergir a força da conscientização, diálogo e autonomia por parte do trabalhador para poder operar na micropolítica e estas obras manifestam-se como algo muito maior, que não se restringem ao campo da educação. Aqui será feita uma pequena reflexão sobre o programa de qualificação, correlacionando-a com alguns resultados da pesquisa.

Freire possui uma visão esperançosa, em que os oprimidos criam consciência de que possuem possibilidade de produzir transformação e assim torna-se possível traçar o caminho da conscientização da grande massa, apostando na força e sabedoria popular.

A proposta do processo de qualificação na teoria mostra-se como um processo de diálogo, de apoio e ferramenta para mudanças no trabalho (PARANÁ, 2018). Entretanto, corroborando os pensamentos de Paulo Freire, acredita-se que a proposta pode não se relacionar com a realidade exposta, com a micropolítica. Espera-se que não exista um conhecimento construtivo alheio à realidade dos trabalhadores.

Desta forma, mostra-se a importância da leitura do mundo, da leitura do local de trabalho, da práxis e que esta não pode ser feita a partir de apenas um olhar, mas deve ser feita a partir de todos que fazem parte do processo de aprendizagem. Ora, educar para transformar pressupõe análise da realidade dos trabalhadores, pressupõe problematização dessa realidade (GADOTTI, 2018).

Não se transforma aquilo que não se conhece. Educar para transformar exige coerência com os objetivos e tentar implementar um processo da mesma maneira para todo o Estado é uma forma verticalizar e limitar os espaços de fala na prática dos trabalhadores. É indispensável que as palavras de quem vive aquela realidade sejam ouvidas e estejam presentes no processo de transformação, pois é a partir da compreensão crítica da realidade que homens e mulheres são capacitados para transformar a si e seu contexto (ANTUNES, 2018).

O programa de qualificação abrange diversas dimensões e que precisam ser garantidas pelos profissionais, mas nem sempre elas se relacionam. Diante disso, pode acontecer de burocratizar as ações de cuidado a ponto de elas existirem sem que faça sentido para trabalhadores e usuários, podendo enfraquecer o próprio programa como uma ferramenta de cuidado válida na realidade vivida (FREIRE, 2005; MALTA; MERHY, 2010).

O processo de qualificação da APS, com a certificação de um selo de qualidade, institui um instrumento (PARANÁ, 2018d) e a partir dele origina-se a demanda do processo de trabalho, que pode resultar em algo semelhante à educação bancária. Diante disso, qual a real transformação gerada? É necessário estar com o outro, conhecer o outro, criar espaço para diálogo e construção de pensamento conjunto, produzindo a possibilidade de entender o que tem significado

para esses profissionais, quais suas necessidades, como podem executar, apreender e somente dessa forma criará sentido ao seu processo de ensino.

O processo de tutoria pressupõe todas essas práticas, porém essa estratégia ocorre apenas com alguns profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS), principalmente com a coordenação da unidade. Assim, o educador - o processo de tutoria, é válido e importante, pois aproxima a Regional de Saúde (RS) dos trabalhadores e propõe estratégias de mudanças, porém alcança uma mínima parcela dos trabalhadores, desatentando-se as individualidades de cada indivíduo, limitando a construção conjunta do processo de aprendizagem.

É importante destacar o dispositivo da tutoria como importante tanto para os profissionais da RS, no sentido de responsabilizar-se e construir afeto pelos municípios e gestores, quanto para as unidades de saúde, que puderam encontrar na RS um espaço de diálogo e orientação. Este movimento facilitou e ajudou as unidades e os municípios a criarem uma referência e construir vínculo com a Regional de Saúde.

Entretanto, cabe salientar que os profissionais da RS podem ter sido submetidos também a essa condição verticalizada e acredita-se que a pressão pelos resultados ocorreu de maneira similar às unidades de saúde. Pois, o nível central pressiona gestores, que por sua vez, pressionam os trabalhadores da RS e eles, os profissionais que atuam nas UBS. Todo esse movimento de pressão possivelmente atravessa a capacidade de criação, de diálogo e produção do cuidado, deixando de priorizar questões importantes para o cuidado do cuidador (FRANCO, 2013).

É preciso conhecer a realidade dos indivíduos para que o processo de aprendizagem tenha sentido, para que os trabalhadores consigam ver sentido no que estão aprendendo, pois se ele não vê sentido, ele não consegue mudar a sua prática. Se não há sentido, não há apreensão, dificultando o processo de reflexão e crítica, tornando-se um mero ser reproduzidor de ideias, pois ao se limitar a reproduzir o que está na norma, não se está contribuindo com o mundo (ANTUNES, 2018).

A busca da libertação do oprimido consiste no diálogo crítico e na conscientização. Essa liberdade não deve acontecer de maneira em que um sujeito deposite a crença da liberdade em outro, mas deve ocorrer por meio de diálogo e da necessidade própria. A pedagogia do oprimido é aquela que faz com que as pessoas aprendam a dizer a sua palavra, é uma pedagogia de inclusão e não de exclusão (GADOTTI, 2018).

É proposto, portanto, o papel de sujeito ativo, em que os homens e mulheres, dentro de determinada realidade se responsabilizam por descobri-la e reconstruí-la criticamente, de forma a conscientizar. Entretanto, não basta conscientizar, é preciso promover uma ação que transforme.

Em Pedagogia da Autonomia, Freire (1996) convida a superar a “Ideologia Fatalista”, que imobiliza e faz o indivíduo pensar que aquela realidade é normal e não pode ser modificada. Dentro do processo imposto pela qualificação da APS, é preciso questionar o que é “normal”, o que é pertinente e o que não é. Questionar a realidade que foi estabelecida, pois a forma como foi estabelecido o processo possui um objetivo concreto de favorecer a classe opressora, e muitas vezes os profissionais se sujeitam a acatar aquilo como se fosse favorecê-los, sem problematizar.

Assim, a educação não pode ser bancária, ela deve ocorrer de forma problematizadora, de modo em que o sujeito seja o objeto do mundo em que vive, sendo capaz de transformar sua realidade a partir da análise da própria realidade. A problematização é uma forma de ressignificar a fala do opressor dentro de si, de modo a colocar suas próprias palavras e interromper o processo de repetição mecânica (ANTUNES, 2018). À vista disso, um processo de avaliação poderia ser avaliado, pensado e visto juntamente com os principais protagonistas.

2.2 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

O termo Educação Permanente (EP) surgiu em 1955 pela primeira vez na França e, inicialmente, possuía o intuito de propiciar o ensino após a formação na escola. Após a oficialização do termo pelo ministro da educação do país, o termo EP passou por diversas reformulações até chegar a concepção dos dias atuais (GADOTTI, 1988).

Primeiramente, a EP utilizava a ideia de formação profissional continuada para adultos, como algo para se seguir após a escola. Em seguida, passou por uma ideia utópica, como algo revolucionário na educação. Por último, o que se tem hoje a respeito do termo, é a visão da EP como uma educação ao longo da vida em diferentes contextos políticos e históricos (GADOTTI, 1988; LEMOS, 2010).

Na década de 1980 discutia-se fortemente a respeito da aprendizagem durante o trabalho devido ao contexto da época, que estava em processo de

fortalecimento do neoliberalismo e enfraquecimento do modelo de produção fordista/taylorista. Assim, o modelo de produção toyotista passou a ganhar força, sendo compreendido como um sistema que gera mais autonomia e flexibilidade para o trabalhador, inserindo-o de modo mais dinâmico no processo de trabalho (LEMOS, 2010, 2016).

Ainda nesse contexto, em âmbito internacional haviam discussões a respeito da formação e capacitação de recursos humanos na área da saúde a fim de desenvolver a saúde pública. Destaca-se que o fator humano era visto como um importante mecanismo para produtividade e desenvolvimento econômico. Desta forma, saúde também tinha associação com produtividade e por isso, buscava-se investir em formação profissional para melhor rentabilidade (MENDES, 1988).

Soma-se a isto que algumas dificuldades em relação a práticas de saúde eram apresentadas, como por exemplo, a existência de práticas hegemônicas e o modelo técnico-assistencial. Esse modelo tem como o foco a assistência hospitalar, com ênfase na fragmentação do cuidado, restrição a conhecimentos técnicos e preocupação somente com a cura da doença. Dessa forma, o profissional da saúde restringia-se a assistir o adoecimento. A falta de atitudes como o diálogo, criação de vínculo e escuta prejudicava a atenção integral ao ser humano (BRASIL, 2005a).

A formação profissional tornava-se necessária para um cuidado em saúde diferenciado, preocupado em realizar uma abordagem mais ampla, voltada para a peculiaridade de cada ser humano de maneira a integrar diversos profissionais para a compreensão do processo de adoecimento. A discussão conjunta e a escuta passaram a ser primordiais para a reflexão e análise das práticas em saúde (BRASIL, 2005a).

Diante disso, tornou-se importante a discussão a respeito da EPS, uma ideia formulada pelo Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) na década de 1980. A proposta de EPS da OPAS apresentou-se como nova elaboração pedagógica, na qual o trabalhador tem a oportunidade de aprender no próprio ambiente de trabalho e o integra no processo de produção da saúde, aderindo uma proposta contra hegemônica, em busca de superar o trabalho fragmentado (CECCIM, 2005a).

Neste período, a OPAS apresentou a diferenciação entre Educação Continuada (EC) e EPS, ambas componentes da Educação na Saúde, porém ainda com dificuldades na interpretação de suas diferenciações. Esta “consiste na

produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular” (BRASIL, 2009). Então, a partir dessa década, o intuito da OPAS era difundir a educação como diálogo e não mais como adestramento (SILVA *et al.*, 2019).

A EC também possui o intuito de atualizar e qualificar os trabalhadores da saúde, porém, diferente da EPS, o seu foco baseia-se em acúmulo de informações em um determinado período, por intermédio de cursos e capacitações (BRASIL, 2009). A EC também se mostra como uma importante prática de educação e o intuito não é competir com a EPS, mas somar-se a esta.

Todavia, são observados alguns limites em relação à EC, como por exemplo, o enfoque na educação que potencializa as ações que fragmentam o cuidado, uma vez que as capacitações são direcionadas para a atividade de cada profissional, utilizando-se de metodologias tradicionais de ensino. Com isso, acumulam-se informações, porém muitas vezes sem problematizá-las ao contexto de trabalho do profissional (BRASIL, 2005b, 2009).

Em meio ao cenário brasileiro de críticas constantes a práticas centralizadoras e insuficientes para a resolução de problemas de saúde, revelou-se a fragilidade do modelo biomédico de atenção à saúde (SILVA *et al.*, 2019). A partir dessa crise no âmbito da saúde, diversos atores organizaram movimentos pela luta de direitos e dignidade humana, entre eles o movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

Uma das conquistas da Reforma Sanitária foi a promulgação da Constituição Federal de 1988, na qual a saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado. Com esta, cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS) e fica determinado que este ordenaria a formação de recursos humanos na área da saúde de modo atrelado a nova perspectiva de atenção à saúde, em substituição às condutas guiadas pela medicina curativa (BRASIL, 1988). Passa a ser dever do Estado não apenas garantir acesso à saúde, como também responsabilizar-se por processos formativos em saúde.

A partir disso, em 2003, criou-se a Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) pelo Ministério da Saúde (MS), que

[...] possibilitou a institucionalização da política de educação na

saúde e o estabelecimento de iniciativas relacionadas à reorientação da formação profissional, com ênfase na abordagem integral do processo saúde-doença, na valorização da Atenção Básica (AB) e na integração entre as Instituições de Ensino Superior, serviços de saúde e comunidade, com a finalidade de propiciar o fortalecimento do SUS (BRASIL, 2018).

A XII Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em 2003, foi cenário para se pensar a educação na saúde e elementos que delineariam a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Esta política passa a ser um novo método adotado no governo vigente no período para a capacitação e formação e recursos humanos na área da saúde tendo em vista melhorias na saúde (BRASIL, 2004a).

Um dos departamentos inseridos na SGTES era o de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), que foi responsável por inserir a PNEPS nos serviços de saúde (QUEIROZ; SILVA; OLIVEIRA, 2014). Desta forma, a constituição da SGTES configurou como institucionalização da PNEPS no âmbito do SUS (SILVA *et al.*, 2019).

Todos esses movimentos resultaram na publicação da Portaria nº198 GM/MS de 2004, que criou e regulamentou a PNEPS, na qual o MS responsabilizou-se para estruturar a formação de trabalhadores no setor da saúde (BRASIL, 2004b). A criação da PNEPS buscou contrapor a ideia de que já se falava a respeito de práticas pedagógicas fragmentadas, sendo admitida como um mecanismo e referencial para conduzir a formação dos profissionais e articular diferentes esferas da saúde (LEMOS, 2010).

Para a disseminação da PNEPS foram criados os Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS), importantes instrumentos de propagação e organização da PNEPS em todo o território brasileiro. Por meio deles, foi possível difundir ações de educação na saúde, considerando os conjuntos de questões de cada território (BRASIL, 2004b).

Os PEPS eram instâncias de articulação interinstitucional para a gestão da EPS. Para se pensar em produção de cuidado e articular processos de trabalho é necessário o envolvimento dos atores que ocupam o fazer na prática, pois são eles que conhecem a realidade e são capazes de interferir nela. Assim, os PESPs foram considerados espaços de planejamento, gerenciamento e apoio para que a PNEPS pudesse ser implementada no país (BRASIL, 2004b).

Para constituir os PEPS era necessário a participação de quatro principais atores: gestores, formadores, trabalhadores da saúde e controle social (usuários), no qual buscava-se desenvolver debates em formas de roda, de maneira democrática e dialógica, no intuito de impulsionar mudanças nas práticas de saúde e fortalecer a relação entre esses atores, bem como os diferentes polos (BRASIL, 2004b).

Com tudo isso ocorrendo no cenário brasileiro, a SGTES também buscou fomentar a discussão a respeito da reorientação da formação profissional em saúde, na tentativa de formar uma força de trabalho mais colaborativa e capaz de atuar de forma interprofissional, congruente com as necessidades de saúde. A discussão procurou promover a valorização da APS e a integração entre as instituições de ensino superior e serviços públicos, mas sabe-se que até os dias atuais isso precisa ser fomentado (COSTA *et al.*, 2015a).

Diferentes recursos foram utilizados para operacionalizar e disseminar a EPS, como por exemplo, no âmbito da formação, por meio de Residências Medicina de Família e Comunidade (RMFC), já existentes, e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), estabelecida pela Lei 11.129 de junho de 2005, criada após a Portaria nº198/GM/MS de 2004 que, como dito, propunha eixos de ação para a formação de trabalhadores na área da saúde (DOMINGOS, 2012; SILVA *et al.*, 2019).

Sabe-se que com a valorização da visão hospitalocêntrica e das especialidades, residências na área da saúde coletiva ainda enfrentam uma luta para se fortalecer. Entretanto, a RMSF e RMFC têm se mostrado como grande potência no fortalecimento do SUS e na implementação de estratégias que consolidem a EPS (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Essas residências qualificam profissionais para atender as demandas de saúde de maneira mais integral, na lógica de relações mais horizontalizadas, do trabalho em equipe e da transdisciplinaridade, o que aumenta a potência de agir dos trabalhadores e abre caminhos para a problematização e aprendizagem significativa no âmbito da APS.

Embora a PNEPS tenha sido instituída em 2004, teve suas diretrizes de implementação publicadas na Portaria GM/MS nº 1.996 em agosto de 2007, que passou a ser a nova portaria que regulamenta a PNEPS. Nesta foram redirecionadas estratégias de ação e transferência de recursos para financiamento das ações (BRASIL, 2007).

A revisão para a elaboração da nova portaria se deu devido à implantação do Pacto pela Saúde, principalmente no que se refere às reformulações referentes ao financiamento das ações de EPS, contribuindo para institucionalizar a PNEPS. Com a nova portaria, os PEPS foram extintos e surgem os Colegiados de Gestão Regional e as Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço (CIES) (BRASIL, 2007).

A condução regional da PEPS passa a ser responsabilidade dos colegiados, com a participação das CIES. Estas são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS previstas no art. 14 da Lei nº 8.080, de 1990. As CIES assemelham-se aos PEPS em sua constituição: gestores municipais e estaduais de educação; trabalhadores do SUS; instituições de ensino da saúde e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS (BRASIL, 2007).

Ficou como atribuição do Colegiado de Gestão Regional elaborar Planos de Ação Regional de EPS, reforçando a importância de se considerar as especificidades de cada região para formar trabalhadores de saúde (BRASIL, 2007).

Diante do exposto, conceitua-se EPS como “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2007). Portanto, seus preceitos referem-se que o aprendizado deva ser produzido a partir do próprio ambiente de trabalho e das próprias experiências profissionais, de acordo com cada realidade, distanciando-se de práticas pedagógicas tradicionais e impositivas para poder intervir no processo de trabalho e melhorar a qualidade do serviço (LOPES *et al*, 2007; BRASIL, 2018).

A EPS mostra-se como a construção de um espaço, formal e informal, de troca de saberes e experiências, no qual a partir dessas discussões busca-se intervir na realidade. Dessa forma, busca integrar diferentes profissionais, superando a tomada de decisão baseado em um único indivíduo ou classe trabalhadora (MUROFUSE *et al.*, 2009).

O espaço do cotidiano revela-se como o melhor lugar para o aprendizado, pois é a partir dele que se detectam os reais problemas e necessidades dos indivíduos. Diferente de aplicar um conhecimento técnico pronto, são nas relações interpessoais e reflexões sobre o processo de trabalho que se faz saúde, pois o aprender e o ensinar são atrelados e fazem do trabalhador o principal protagonista

do seu aprendizado (BRASIL, 2007; BRASIL, 2018).

Desta forma, a EPS tem como propósito solucionar problemas no serviço, melhorar atendimento, modificar práticas profissionais e organizar o processo de trabalho, por meio da união entre ensino-serviço-comunidade e inter-relação com órgãos de gestão (BRASIL, 2004b).

De acordo com Ceccim (2005b), a qualificação permanente dos profissionais não é uma tarefa fácil e simples como demonstra ser na teoria. Principalmente, no que se refere a ambientes com problemas de falta de recursos humanos, financeiros e tecnológicos, somado a grande influência da formação hospitalar e curativa que ainda predominam entre os trabalhadores da saúde.

A realidade do cotidiano é complexa e inúmeras situações são apresentadas na rotina do trabalhador da saúde, que precisa se articular para buscar ações resolutoras. A partir disso, percebe-se a grande necessidade em formar e fortalecer equipes multiprofissionais e incentivar as práticas de transdisciplinaridade, sendo vistas não como algo secundário, mas como centralidade para a gestão e cuidado à saúde (CECCIM, 2005b).

Após dez anos de implantação, com o propósito de fortalecer a PNEPS, no ano de 2017 foram realizadas seis oficinas regionais de diferentes instituições, a fim de rever conceitos, repensar nas dificuldades e potencialidades da consolidação da política, bem como estimular a continuidade dessas ações (BRASIL, 2018).

Algumas dificuldades foram apontadas no que se refere ao processo de gerenciamento e implantação da PNEPS. Um deles é a compreensão limitada, assim como baixo estímulo e participação dos gestores nos processos de implantação da EPS em suas regiões. Outra questão, se refere a deficiência no entendimento do que de fato é a EPS e que, uma vez não entendida, dificulta sua apropriação concreta na prática. No que se diz respeito ao financiamento, mostrou-se dificuldade no repasse de verbas pelo MS desde o ano de 2011 e foram apontadas também fragilidades no monitoramento e avaliação das ações de EPS (BRASIL, 2018).

Diante disso, segundo uma publicação do MS, foram realizadas algumas ações pela SGTES nos últimos anos que buscam fortalecer a discussão a respeito da EPS, sendo elas: incentivo à implementação dos processos de integração ensino-serviço-comunidade, lançamento do Programa para o Fortalecimento das Práticas de EPS no SUS (PRO EPS-SUS), criação do 1º Laboratório de Inovação

em Educação na Saúde da Região das Américas, entre outros (BRASIL, 2018).

Contudo, sabe-se que na prática, a criação dessas estratégias pode não ter sido efetivas e que a EPS requer esforços de todas as partes, principalmente no que se refere ao incentivo de gestores para a sua implementação nos diferentes locais de saúde, tanto incentivo financeiro, melhoria de recursos materiais e humanos, quanto o desenvolvimento de estratégias para a busca mais adequada de soluções dos problemas, de acordo com os princípios do SUS (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

Nessa lógica, o trabalho é visto como principal agente capaz de promover mudanças. Práticas oriundas de imposições e hierarquizadas mostram-se limitantes no processo de aprender do trabalhador. A valorização da junção dos aprendizados por meio das universidades e outros serviços são importantes, mas as estratégias educativas mais eficazes, muitas vezes, são resultantes do próprio ambiente de trabalho.

No contexto brasileiro, o Programa Saúde da Família (PSF) criado em 1994 pelo MS, reconhecido hoje como Estratégia Saúde da Família (ESF), constitui-se como a principal estratégia para reorganizar a APS. Com a proposta de que o cuidado deva ser centrado na família, os profissionais devem buscar contato direto com a população para compreender suas reais necessidades de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; FERREIRA *et al.*, 2019).

A EPS necessita permear o cenário da APS e servir para consolidar a ESF, pois contribui para qualificar o conhecimento dos profissionais, organizar o processo de trabalho, integrar a equipe como um todo e orientar na condução dos atributos da APS: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Assim, distancia esses profissionais do conceito de se qualificar pela área de formação e os aproxima da lógica de trabalhar de forma interprofissional (FERREIRA *et al.*, 2019).

A disseminação da EPS na APS significa conscientizar o profissional de sua realidade, para que possa ter autonomia para interferir no seu processo de trabalho e contribuir para o papel da APS como ordenadora do cuidado (WEYKAMP *et al.*, 2016). Perceber a educação como um agente de mudança proporciona aos profissionais da saúde da família criar estratégias que tornem o trabalho um potente espaço de aprendizado e assim, construir um modelo de atenção pautado na integralidade (SILVA; PEDUZZI, 2011).

Nesse sentido, a EPS é uma forma de educação no ambiente de trabalho

capaz de promover mudanças, pautando-se nas ideias da problematização, aprender a aprender, aprendizagem significativa, valorização do diálogo, reflexão sobre a prática, trabalho em equipe, construção coletiva do conhecimento, relações horizontalizadas e integralidade (BRASIL, 2004b).

Essas competências que a EPS pressupõe se tornam perigosas para o discurso dominante, pois tiram o indivíduo da posição de mero expectador e reprodutor de ideias e o coloca como papel central no processo de transformação. Para o sistema capitalista e vantagem do mercado, indivíduos que pensam e problematizam são ameaças nessa lógica determinista e por isso, práticas educativas tradicionais são importantes recursos de dominação e controle dos trabalhadores (FREIRE, 2015). Segundo Paulo Freire (2015, p.83),

Não é de se estranhar, pois, que nesta visão bancária da educação, os homens sejam vistos como seres da adaptação, do ajustamento. Quanto mais se exercitem os educandos no arquivamento dos depósitos que lhes são feitos, tanto menos desenvolverão em si a consciência crítica de que resultaria na sua inserção no mundo, como transformadores dele, como sujeitos.

Vive-se em uma sociedade capitalista e do controle, que independente do setor da saúde, são criadas políticas, instrumentos e práticas no processo de trabalho feitos para controlar, para produzir e gerar mais-valia às instituições. A lógica é a da produtividade e não necessariamente da qualidade (SILVA *et al.*, 2010). Quanto a isso, Freire (2015) diz que a mudança resulta da conscientização e esta pode levar à desordem, portanto, é necessária uma educação crítica e problematizadora, pois a partir dela que se interfere de fato no processo de trabalho e possibilita ressignificar saberes e práticas.

Nessa cultura do controle os profissionais são motivados a ter produção, para ter divulgação do trabalho. Portanto, muitas vezes não é a relação, a conversa e o diálogo que caracterizam o trabalho. Por isso a importância da EPS, de se discutir processo de trabalho e problematizar. O esforço é constante, pois vive-se em uma sociedade da individualização, mas o processo precisa ser coletivo.

No sentido de trabalhar com o coletivo, a problematização assume papel importante para se discutir e desempenhar comportamento crítico e reflexivo sobre a realidade exposta, pois favorece para práticas de saúde resolutivas (FERRAZ; VENDRUSCOLO; MARMETT, 2014). Ora, quando a problematização ocorre no coletivo, mais subsídios são apontados para a mudança da prática

(FEUERWERKER, 2005).

O processo de reflexão e problematização coletiva permite diferentes compreensões da realidade e os indivíduos com suas diferentes visões, de modo intencional, ampliam sua consciência para transformar a si e a prática. Assim, é possível afirmar que a educação problematizadora expõe a individualidade de cada sujeito, que se manifesta em constante movimento e aprendizado, reconhecendo-o como um ser inconcluso e inacabado, capaz de interferir em uma realidade também inacabada (FREIRE, 2015; VILLARDI, 2015).

Segundo Lazarini e Francischetti (2010) práticas que envolvem a EPS permitem compartilhamento de saberes, crescimento pessoal e profissional, uma vez que essa ferramenta de aprendizado é baseada em metodologias ativas e não em transmissão de informação, pois os indivíduos são protagonistas do conhecimento e se atualizam diariamente no próprio ambiente de trabalho (CECCIM, 2005b; SCHWEICKARDT *et al.*, 2015).

Embora o saber-fazer origina-se dos próprios trabalhadores, a participação de gestores e das instituições de ensino no processo de problematização em um ambiente de trabalho possui potencial significativo na consolidação da EPS, pois fomentam a discussão e propiciam troca de conhecimento para fortalecer estratégias de resolução de problemas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Isso mostra o quanto é importante o trabalho em equipe. Outro aspecto importante defendido pela PNEPS, pois o trabalhar em equipe permite criação de vínculo e viabiliza superar a alienação em relação ao trabalho (LEMOS, 2010). Entretanto, sabe-se da fragilidade desde a formação de profissionais da saúde em relação à habilidade em trabalhar em equipe, o que dificulta a expansão de ações pedagógicas no ambiente de trabalho (SILVA *et al.*, 2012).

Autores afirmam que o conhecimento da técnica mostra-se insuficiente para lidar com a subjetividade do ser humano e compreendê-lo como ser sociocultural (CARDOSO, 2012). Essa fragilidade na formação repercute na forma em que se o trabalho se articula, enfraquecendo a produção do cuidado, pois ao contrário de outros locais, o trabalho em saúde se caracteriza por ser fundamentalmente relacional.

Segundo Miccas e Batista (2014), a EPS pressupõe uma participação em rede, troca de ideias entre todos os participantes, de sentimentos e perspectivas. Desta forma, trabalho em EPS precisa ocorrer de forma multi e interdisciplinar, de

forma a promover discussões a respeito da realidade de trabalho e de saúde, propiciando autonomia dos sujeitos no processo de tomada de decisões.

A articulação multiprofissional permite maior tomada de consciência a respeito da realidade, capacidade para não simplesmente aceitá-la, mas intervir nela e assim, propiciar melhor atendimento as necessidades de saúde dos indivíduos. Desta forma, esses espaços mostram-se como uma alternativa para produção do cuidado (KLEBA; COMERLATTO; COLLISELLI, 2007; MICCAS; BATISTA, 2014).

Muito mais do que simplesmente atingir um objetivo em comum para contemplar melhor resultado em saúde, o trabalho em equipe possui uma perspectiva de colaboração e interdependência, e não somente de ocupação do mesmo espaço por diferentes pessoas. Por isso, a integração ensino-serviço-comunidade e a intersectorialidade possuem grande impacto no fortalecimento do SUS, desde que haja equilíbrio na relação de poder e tomadas de decisões (BRASIL, 2018).

Para que o trabalho equipe ocorra é necessária uma boa habilidade de comunicação entre todos os atores envolvidos, trabalhadores e gestão. Dessa forma, políticas públicas de saúde impositivas e que caminham na lógica da produção, apenas afirmam a cultura do poder e atrapalham a relação de diálogo, inibindo nos trabalhadores atuar com a autonomia proposta pela EPS.

As políticas públicas de saúde são interessantes e importantes ferramentas para organização do processo de trabalho, porém é o coletivo que atua naquele ambiente que proporciona o diferencial. As políticas podem ser instituídas em diversos locais, mas é no trabalho em equipe, comunicação e as relações que se estabelecem nesses ambientes que retiram o caráter normativo e transformam em atendimento às reais necessidades de saúde.

Para que isso aconteça, é importante que se vivencie relações de horizontalidade. Não que uma equipe funcionará de maneira perfeita, mas no contexto da EPS é indispensável o compartilhar, o respeito e a aptidão em lidar com diferentes indivíduos. Saber conversar e ouvir implica em mudar junto com o outro, pois desta maneira há espaço para aprimorar elementos interpessoais, para o exercício mais eficaz de processos relacionais (ANASTASIOU; ALVES, 2012).

Relações menos hierarquizadas pressupõe diálogo. Diálogo é compromisso com o outro, é neutralizar o papel da ignorância e permitir um encontro com o outro. Para Paulo Freire (2015) o diálogo é uma exigência existencial e não se resume em

depositar ideias, mas manifesta-se como um meio pelo qual homens e mulheres criam juntos e ganham significado enquanto sujeitos.

Diante do exposto, outro pressuposto pedagógico importante que a EPS se baseia é a aprendizagem significativa, que parte dos ideais de Paulo Freire. A teoria da aprendizagem significativa, sob a concepção de David Ausubel (1980), estabelece que uma nova informação só passa a ter sentido para aquele indivíduo quando ele consegue relacionar com informações pré-existentes, quando ele consegue atribuir algum significado na sua existência.

Essa aprendizagem significativa só ocorre quando firmada em algumas condições: perceber qual o pré-conhecimento dos indivíduos e ensinar a partir destes; o conteúdo proposto precisa ter significado na realidade do sujeito e não pode ser colocado de maneira imposta e por último, o aprendiz precisa estar disposto a aprender e apreender aquilo em sua realidade, se não, não passará de uma aprendizagem mecânica, em que o sujeito aprende e logo esquece (AUSUBEL, 1980; KRUMMENAUER; COSTA; SILVEIRA, 2010).

A prática da EPS tem sua origem nos problemas que ocorrem no cotidiano dos profissionais e ao utilizar o princípio da aprendizagem significativa no ambiente de trabalho, reconhece-se saberes técnicos, relacionais e vivenciais de todos os profissionais como algo importante no processo. E desta forma, apenas é possível interferir na prática quando se discute e reflete sobre perguntas construídas a partir dos próprios trabalhadores (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Diante disso, em que medida políticas de saúde com caráter normativo geram autonomia e despertam a aprendizagem significativa nos indivíduos? Ferreira *et al* (2019) dizem que

O despertar ético-político dos sujeitos relacionado com a EPS está centrado na aprendizagem significativa no trabalho que consiste em processos de capacitação e formação, pensados e organizados a partir das necessidades de saúde, adotando a problematização do processo de trabalho com foco na transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho.

Assim, no contexto da EPS, o aprender a aprender também ganha destaque ao se apoiar na aprendizagem significativa, pois também caminha contra a educação bancária e práticas de comunicação vertical, utilizando-se de uma pedagogia auto estruturante no mundo do trabalho (LEMOS, 2010). Pois o aprender a aprender tem como pressuposto a compreensão da realidade e a autonomia do sujeito para

conversar com ela e adquirir novas atitudes para contribuir com seu crescimento (CONTERNO; LOPES, 2013), uma vez que o processo do aprendizado muitas vezes é mais importante do que o próprio conhecimento adquirido (LUCKESI, 1990).

2.3 O PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APSUS)

A seguir serão apresentadas informações a respeito do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS) e o processo de avaliação da qualidade na APS (“selo”). Grande parte das informações aqui apresentadas são provenientes do documento da SESA (PARANÁ, 2018). O objetivo neste momento trata-se apenas em apresentar brevemente o programa, com a apresentação de alguns resultados da dissertação, mas com pouca intenção de problematizá-lo.

Em 2011, foi criado o APSUS pela SESA com o objetivo de apoiar os municípios no que se refere à qualificação da APS. Este programa possui três eixos: investimento na melhoria de estruturas de UBS; incentivo financeiro estadual mensal e EPS. A EPS passou a ser grande influenciadora na efetivação de programas, a fim de refletir sobre o processo de trabalho (PARANÁ, 2018).

Antes de discorrer a respeito do APSUS, é importante salientar brevemente a existência de outros dois programas. O APSUS faz parte de um projeto de qualificação da saúde do governo do Paraná, com base para implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), e que paralelo ao programa da APS, também havia o programa dos consórcios intermunicipais de saúde e dos hospitais, nomeados Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde (COMSUS) e Programa de Apoio aos Hospitais Públicos e Filantrópicos (HOSPSUS).

O COMSUS tinha como objetivo qualificar a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), no qual a SESA, juntamente com os consórcios implantam as linhas de cuidado baseadas nas RAS, permitindo maior integração com a APS (PARANÁ, 2016). E o HOSPSUS tinha como objetivo melhorar a oferta de leitos hospitalares qualificados em todas as regiões de saúde do Estado, mediante contrato/convênio firmado entre o hospital e a SESA (PARANÁ, 2011).

Esses eram apenas três dos seis programas estratégicos que buscavam estruturar as ações de saúde em todo o Estado e que incluem a liberação de recursos para custeio, investimentos e capacitação profissional. Após a implantação dos processos, havia uma avaliação que verificava o cumprimento das metas

estipuladas para que eles pudessem ser contemplados com o financiamento.

Referente ao APSUS, no período de 2011 a 2014 foram realizadas 09 oficinas de capacitações para as equipes da APS. Essas oficinas tinham como proposta alinhar o conhecimento das equipes de saúde de acordo com a proposta das RAS, com as linhas guias de cuidado, estabelecidas pela SESA como prioridade naquela época e que ainda permanecem. Destaca-se que cinco redes foram priorizadas com estes programas, sendo essas: Mãe Paranaense, Paraná Urgência, Saúde Mental, Saúde da Pessoa Idosa e Saúde da Pessoa com Deficiência (PARANÁ, 2018).

A linha guia de cuidado refere-se ao instrumento básico, adotado no Estado, que determina a gestão e ação para cada condição de saúde nos diferentes pontos de atenção à saúde, como um protocolo que norteia o trabalho. A gestão da condição de saúde estrutura-se em quatro grandes componentes: o plano de cuidado, a gestão dos riscos da atenção à saúde, as mudanças de comportamento de profissionais de saúde e de pessoas usuárias e a programação da atenção à saúde (MENDES, 2011).

As oficinas contavam com um processo de formação e capacitação dos profissionais e que tiveram como base uma experiência desenvolvida no Estado de Minas Gerais (MG), especialmente a da Secretaria Estadual de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Essa experiência faz parte do processo de Planificação da Atenção à Saúde, elaborada por Eugênio Vilaça Mendes, que tem como objetivo a organização da APS integrada à Atenção Especializada nas RAS (PARANÁ, 2018b). Durante a gestão estadual vigente no Paraná, Eugênio Vilaça foi consultor da SESA e utilizou-se de sua própria experiência de MG para implementar o processo, tentando adaptar à realidade paranaense.

As oficinas eram norteadas por meio de alguns cadernos, que abordavam as RAS como estratégia de mudança do modelo assistencial e que estes foram amplamente utilizados e serviram de roteiro para nortear a prática. A proposta era construir um aprendizado por meio de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, buscando criar um ambiente em que os profissionais pudessem operar de maneira conjunta e assim, estimulados a assimilar teoria e prática, compartilhar experiências, refletir sobre situações e desenvolver planos para melhorias da gestão e serviços de saúde (PARANÁ, 2018b).

Em cada oficina estipularam alguns instrumentos para iniciar a questão da

estratificação de risco e rastreio² da população. As estratificações de riscos eram consideradas macroprocessos necessários a serem executados pelos trabalhadores. As implantações destes estavam inseridas no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), ao qual o APSUS está vinculado e que também foi criado por Mendes. A estratificação de risco é considerada um elemento fundamental no modelo do MACC ao dividir a população total em subpopulações, segundo os riscos singulares, e que irão determinar as estratégias de intervenção, tecnologia de gestão da clínica e cuidado profissional, elaborados a partir de protocolos pré-estabelecidos para o manejo das condições crônicas (PARANÁ, 2011; MENDES, 2011, 2018).

Foram capacitados tutores das RS em todo o Estado para que replicassem esse processo de capacitação nos municípios. Em sequência, a SESA desenvolveu uma proposta para que pudesse transformar o conhecimento em realidade, por meio de protocolos, para estruturar o processo de trabalho (PARANÁ, 2018).

Então, em 2014 iniciou uma nova fase do programa, um processo chamado *tutoria*. A tutoria é decorrente do eixo que pretendia qualificar e capacitar os profissionais da AB, no sentido de identificar a população e estratificá-la, com o propósito de qualificar o cuidado. Esse novo processo visa apoiar as equipes de APS no gerenciamento de micro e macroprocessos, para que assumam a coordenação das RAS (PARANÁ, 2018).

A tutoria realiza uma aproximação de profissionais da RS com as unidades de saúde, no qual busca entender os problemas no processo de trabalho e encontrar estratégias para alcançar as metas estabelecidas dentro de um cronograma. É um interessante processo de atividade supervisionada, um processo que visa implementar a EPS, porém na prática pode se distorcer da real proposta, pois muitas vezes, o objetivo é conquistar o selo para que a unidade possa ter visibilidade com uma “certificação de qualidade”.

Para o desenvolvimento da tutoria, as unidades passam por um processo de autoavaliação e posteriormente, a RS juntamente com as equipes discutem as não conformidades com as equipes e elaboram um plano de ação. Ao final, as equipes

² Rastreamento é a execução de testes ou exames diagnósticos em indivíduos que possuem a doença, mas ainda não apresentam os sintomas, com a intenção de promover o diagnóstico precoce ou a identificação e controle de riscos para reduzir a morbidade ou mortalidade de algum agravo. O rastreamento não está isento de riscos, podendo ocasionar intervenções diagnósticas e terapêuticas excessivas, acarretando em danos para o indivíduo (BRASIL, 2010).

passam por uma avaliação externa e quando atingem um padrão de qualidade solicitado, recebem a certificação (PARANÁ, 2018). Todo esse processo tem a durabilidade de, aproximadamente, um ano.

Para orientar o processo da tutoria, foram estabelecidos o “Selo da Qualidade”, comumente chamado apenas como “selo”. Este é orientado por um instrumento quantitativo (com possibilidade de resposta “sim” e “não”), que remete a proposta do PMAQ (PARANÁ, 2018; PARANÁ, 2018d). Como não eram programas tão distintos um do outro e como PMAQ estava ocorrendo em concomitância com o programa do Paraná, muitas vezes, isso gerou conflitos no processo de trabalho das unidades de saúde. Uma das críticas do selo se refere ao fato de serem metas alcançáveis apenas em algumas realidades, porém também são relatados pontos positivos no que se refere a orientação e sistematização do processo de trabalho. Diferentemente do PMAQ, que possui a questão do incentivo financeiro, a tutoria não possui o repasse de verba diretamente à unidade, o que representou um problema no estímulo dos profissionais.

O instrumento avalia dois grandes eixos: gestão da unidade (infraestrutura, recursos humanos, recursos materiais e tecnológicos, gerenciamento de riscos, entre outros) e atributos da APS (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural) (PARANÁ, 2018).

Os selos possuem quatro etapas: bronze, prata, ouro e diamante. O primeiro tem o objetivo de aferir o gerenciamento de risco, para garantir a segurança do paciente; o segundo, aferir o gerenciamento dos processos; o terceiro, aferir os resultados e o último, garantir a consolidação do processo de trabalho com excelência na gestão (PARANÁ, 2018). Se a equipe conquista a primeira etapa, automaticamente ela irá para a segunda, se o município fizer a adesão. Porém, por questões de gestão e política, geralmente ocorre a adesão.

Todos os municípios pertencentes a RS em questão aderiram ao programa APSUS e realizaram aquelas oficinas do início do programa. O programa implicava em adesão e repasse de recursos financeiros para a AB. Independente de quantas unidades o município possui, ele recebe uma verba mensal por estar ligado ao programa. Entretanto, a adesão ao processo de tutoria é por unidade.

Todo município recebe a verba, porém, o município tem a opção de escolher se interessa ou não em participar do processo de tutoria. Portanto, se o município

não se interessar em participar do processo de tutoria, não deixaria de receber o aporte financeiro e possui a autonomia em escolher quais unidades ele pretende que participe do processo de tutoria.

No ano de 2018, todos os municípios que pertencem a RS deste estudo fizeram adesão ao processo de tutoria, com pelo menos uma unidade. Por ser um programa do governo do Estado, talvez se o município não fizer a adesão ao processo de tutoria poderia ser prejudicado perante ao governo, pelo fato de não implementar as ações que foram estimuladas por ele.

Entretanto, há diversas características que influenciam a adesão, tanto relacionadas às equipes de saúde, quanto à gestão. Municípios que fazem a adesão formal, mas não caminham na qualificação; municípios que tentam qualificar o processo, mas não possuem recursos e estrutura; municípios que não possuem o apoio do gestor; e municípios que possuem boa estrutura e apoio do gestor. Portanto, o processo não cabe somente ao trabalho profissional nas unidades de saúde, envolve recursos financeiros que o município terá que realizar para fazer mudanças de estruturas físicas, por exemplo.

O município tem autonomia para escolher as unidades participantes da tutoria, entretanto, geralmente, optam por aquela unidade que possui condições de chegar ao objetivo do ganho da certificação. Pelo fato do instrumento de avaliação conter muitos itens, geralmente, faz a adesão aquela unidade que possui uma equipe mais coesa, com boa estrutura física e bom quadro de funcionários para corresponder às expectativas do padrão exigido pelo instrumento.

A RS incentiva que o processo de tutoria aconteça em todas as unidades, pois pode aprimorar e estruturar o processo de trabalho, mesmo que ele não participe do processo de certificação do selo. Visto que, possivelmente, participar de um processo como este, como uma unidade deficiente em estrutura e recursos, sem o apoio do gestor, pode desestimular a equipe.

Porém, no sentido de melhoria de processos e ganho de recursos, qual avanço uma unidade não participante poderia ter, em comparação a uma UBS que está em maior evidência devido ao programa? Enquanto umas ficam com maior visibilidade, mudanças em estrutura e recursos físicos, outras podem se prejudicar por não participar. Isso pode caracterizar um problema, pois pode gerar disputas e competições entre as unidades de saúde.

Por fim, como o APSUS é um programa do governo do Estado, com a

mudança da gestão estadual, o programa foi extinto em 31 de dezembro de 2018. O recurso financeiro do APSUS ainda está sendo repassado para os municípios por um período ainda não estabelecido. Porém, o processo de tutoria e certificação com o selo da qualidade se encerrou ao final do ano de 2018 e ainda não há informações concretas a respeito da continuidade do programa ou se novos programas serão estabelecidos.

2.4 O MODELO DE ATENÇÃO À CONDIÇÕES CRÔNICAS (MACC)

Neste momento, será apresentado brevemente o MACC na realidade do Paraná. Frente a experiência no Estado, desafios e potencialidades foram e estão sendo experimentados, entretanto não serão apresentados nesta seção, pois a presente pesquisa não contempla esses aspectos.

Devido a transição epidemiológica, a SESA-PR adotou como ferramenta para qualificação dos sistemas de saúde na atenção a condições crônicas, o Modelo de Atenção à Condições Crônicas, desenvolvido e adaptado com aplicabilidade no SUS por Eugênio Vilaça Mendes. Ele tem como base o Modelo de Atenção Crônica, desenvolvido nos Estados Unidos e que também foi adaptado em outros países (MENDES, 2011).

De acordo com Paraná (2017), o MACC compreende 05 níveis: as intervenções de promoção da saúde; as intervenções de prevenção das condições de saúde; a gestão das condições crônicas simples; a gestão das condições crônicas complexas e a gestão das condições crônicas muito complexas.

No Estado do Paraná, o modelo tem sido desenvolvido no âmbito da APS pelo programa APSUS e na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) pelo Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde (COMSUS). O processo, no início, se desenvolveu de maneira separada, primeiramente com as oficinas de qualificação da APS e alguns projetos dos centros de especialidades, e após, foram realizados concomitantemente. Isso se deve, pois, o MACC propõe que a APS e a atenção especializada se estruturam em rede e se integrem pelo grau de influência que uma tem na outra (PARANÁ, 2017).

O modelo busca trabalhar com foco nos determinantes sociais de saúde e operar com subpopulações da população total estratificadas por fatores de risco, por meio de intervenções de prevenção das condições de saúde (MENDES, 2011). Para

isso, a APS deve se fortalecer para conhecer, diagnosticar e estratificar por risco a população com condições crônicas, responsabilizando-se pelas de menor risco e encaminhando para a AAE as de maiores riscos. No que lhe concerne, esta irá desenvolver seus planos de cuidado, mas irá devolver o usuário para a APS para que dê continuidade aos cuidados (PARANÁ, 2017).

Segundo Mendes (2011), o processo da estratificação é importante no âmbito das RAS, pois viabiliza conhecer a população e identificar os indivíduos com necessidades semelhantes, em busca de romper com um sistema fragmentado de saúde e instituir condutas padronizadas, baseadas na necessidade da população. Quando um serviço não estratifica uma população, pode acontecer de oferecer cuidados desnecessários ou subofertá-los, causando dificuldades também na organização do processo de trabalho tanto da APS, quanto dos serviços especializados.

Uma das estratégias que o MACC propõe para tentar superar o modelo fragmentado do cuidado é a adoção da assistência multi e interprofissional, como uma forma de tentar promover a educação em saúde com pacientes e familiares, estimulando o autocuidado. Além disso, busca integrar os cuidados com a AB, construindo um plano de cuidado compartilhado, permitindo que profissionais da AB e da AEE busquem os mesmos objetivos (MENDES, 2012).

Com o lançamento da Linha Guia de Hipertensão e Diabetes e outros programas da SESA, na 17ª RS do Paraná, o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (CISMEPAR) iniciou a implantação do MACC no final do ano de 2016. Nos anos anteriores, primeiramente, foram feitas capacitações do APSUS com os municípios, que foram melhores explicadas na seção anterior, e após, com a AAE, com os consultores da secretaria de saúde, Eugênio Mendes, Maria Emi e também, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

No âmbito da 17ª RS, o CISMEPAR iniciou o atendimento com a população estratificada pelas unidades de saúde em 2016, após terem sido qualificadas pelo processo de tutoria da APS, pois para a AB encaminhar os pacientes para o consórcio e conseguir construir esse fluxo do MACC, a UBS necessitava ter o selo bronze minimamente. Em relação a esses atendimentos, depois de serem encaminhados pelas unidades de saúde, no CISMEPAR, com frequência semanal, uma média de 12 pacientes de alto risco condições de diabetes e hipertensão são

atendidos por uma equipe multiprofissional, que conta com: cardiologista, endocrinologista, nutricionista, assistente social, enfermeiro e psicólogo (PARANÁ, 2017).

Os usuários chegam até o CISMENPAR, contam um ponto de apoio, que constitui-se em profissionais que fazem orientações gerais a respeito dos quadros clínicos dos pacientes e os orientam até os profissionais citados acima. É feito um “rodízio”, no qual cada paciente é consultado por um profissional de cada categoria. Ao final dos atendimentos, os profissionais se reúnem para discutir sobre o cuidado de cada paciente, elaborando em conjunto um plano de cuidado individualizado, com foco na especificidade de cada um (PARANÁ, 2017). Após isso, o paciente é referenciado para unidade de saúde ao qual está vinculado, que por sua vez, também deverá elaborar um plano de cuidado, de acordo com a estratificação de risco realizada. Desse modo, procura-se viabilizar uma integração entre a AB e a AAE.

Cada usuário possui um arquivo, onde estão relatados todos os cuidados feitos pelos profissionais e aquelas pactuados com o próprio paciente. Por meio da inserção no MACC, com as consultas na AAE, os usuários possuem acesso a exames especializados e também contam com a atenção compartilhada em grupos. Esta se caracteriza por uma atenção multiprofissional e interdisciplinar aos indivíduos com condições crônicas, que propicia troca de experiências e busca dar ênfase principalmente no autocuidado do paciente, para que estes sejam o protagonista da própria saúde (PARANÁ, 2017).

Embora a gestão estadual tenha se encerrado, o Paraná ainda adota o MACC como modelo de atenção a essas condições crônicas, entretanto, sem mais as certificações do processo de tutoria nas unidades de saúde. Visto isso, o conteúdo aqui apresentado é um pequeno recorte sobre o modelo ofertado no Estado e mesmo que com os desafios, o programa ainda tem caminhado, mostrando-se como mais uma estratégia para atender a essa população.

3 Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a organização do processo de trabalho vivenciada durante um programa de qualificação da Atenção Primária à Saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 Compreender os reflexos do processo de qualificação da Atenção Primária à Saúde na rotina e no cuidado produzido pelos trabalhadores.

3.2.2 Desvelar as estratégias de gestão do trabalho construídas pela equipe durante o processo de qualificação da Atenção Primária à Saúde.

3.2.3 Analisar os resultados do processo de qualificação da Atenção Primária à Saúde referentes ao processo de trabalho.

4 Trajetória Metodológica

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Este estudo se caracteriza por uma pesquisa qualitativa, observacional, exploratória e do tipo estudo de caso.

A pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2013), considera as circunstâncias em que os sujeitos estão inseridos e o processo no qual o objeto se manifesta. Busca compreender sentimentos, opiniões, crenças dos indivíduos a respeito daquela realidade, bem como de que forma se estabelecem as relações. Ainda, o pesquisador possui a oportunidade de fazer parte da própria pesquisa, por meio de atitudes, observações, impressões pessoais e sentimentos.

Neste tipo de pesquisa preocupa-se com o trajeto, em como o objeto se manifesta, não somente com os resultados. Desta forma, embora seja necessário traçar um delineamento, a pesquisa qualitativa permite que o pesquisador tome decisões durante o percurso e faça reflexões acerca do processo, podendo fazer modificações, se necessário (LAKATOS, 2011).

Na pesquisa observacional, o pesquisador manifesta-se somente como observador do processo, sem qualquer interferência nos fenômenos encontrados na pesquisa, contudo, é permitido realizar alguns ajustes no percurso. Esse tipo de pesquisa busca apenas descrever e compreender a dinâmica do objeto e as pessoas que fazem parte dele (ALVES *et al.*, 1999; FONTELLES *et al.*, 2009).

O estudo exploratório busca proporcionar maior proximidade com o universo a ser estudado, para torná-lo mais explícito ou construir hipóteses. A partir disso, realiza-se um trabalho extenso de levantamento de dados, para proporcionar a descoberta do fenômeno e familiaridade ao pesquisador com o objeto de estudo (GIL, 2009).

O tipo estudo de caso busca conhecer de forma profunda o porquê e como as situações se desenvolvem. Permite que o pesquisador faça uma imersão no objeto a ser estudado, sem fazer qualquer intervenção, apenas revelar o que ele compreende (FONSECA, 2002). Segundo Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (2006), exemplos deste estudo são aqueles que destacam um indivíduo, um grupo pequeno, um programa, um evento ou uma instituição.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada em um município do norte do Paraná.

Essa USF está situada em um bairro, o qual foi beneficiado pelo programa do governo federal intitulado “Minha Casa Minha Vida”, no qual alocaram-se famílias de diferentes regiões e bairros da cidade e constituiu-se no maior empreendimento desse gênero no sul do Brasil naquele período (RIZZOTTI; CORDEIRO; PASTOR, 2017).

Segundo os profissionais de saúde que atendem na unidade estimam que há 18.000 indivíduos residentes no bairro, com predominância de população adulta e jovem. A população cadastrada na unidade é de aproximadamente 9.000 usuários.

Diante dessa realidade, a USF possui um processo de trabalho diferenciado. A começar pela localização geográfica, pois se trata de um território situado à margem do município e ainda, negligenciado. O bairro encontra-se afastado de diversas redes de saúde de apoio que a população poderia ter para ajudá-las, como por exemplo, longe de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e hospitais. Sendo assim, a USF mostra-se como um recurso muito acessado pela população, um importante recurso de apoio.

Este fato implica diretamente na questão do processo de trabalho, como por exemplo: o método de agendamento de consultas médicas tradicionais é pouco efetivo para esse tipo de população, pois possuem uma demanda muito alta. São pessoas que, muitas vezes, necessitam de acesso no atendimento no dia em que o problema está acontecendo. Organizar a agenda de atendimentos é um arranjo significativo para melhor atender a população, pois acredita-se ser uma demanda de saúde diferenciada nessa unidade.

Trata-se de uma população com baixo nível socioeconômico, pessoas socialmente carentes em diversos âmbitos: cultural, moradia e afetividade. A pobreza manifesta-se como uma constante neste bairro. É um local onde ocorrem muitos casos de violência de todos os tipos, abusos, abandono, rejeição familiar e dependências de álcool e drogas por diversas faixas etárias.

Diante disso, muitas vezes, os profissionais sentem dificuldades em seu agir profissional. Por exemplo: dificuldade em orientação, em manejos com prevenção,

pois acontece de a população não ter dinheiro ao mínimo para comprar alimento. Portanto, o fato de ser uma população grande, para além da cadastrada, ter uma demanda com queixas significativas e diferenciadas, ser um dos poucos serviços de saúde do território, faz com que os profissionais encontrem muitos desafios ao atender a demanda exigida.

Além dos profissionais encontrarem essas dificuldades no processo de trabalho, um outro desafio identificado dentro do contexto de trabalho é a fragilidade no que se refere a saúde mental dos funcionários. Por se tratar de uma realidade de população extremamente carente, com alta demanda de violência, a intensidade ao lidar com os problemas da população se torna maior. Mesmo que os profissionais possam se adaptar ao cenário, lidar com a dor alheia acarreta em sofrimento em qualquer contexto, porém, nesse tipo de população o esforço em lidar com a dor é maior, o que também pode influenciar no manejo do processo de trabalho.

Além da realidade pertencente às características da população e do bairro onde a USF se encontra, outro fator importante que interfere significativamente no processo de trabalho é a composição diferenciada que a equipe de saúde possui.

A escolha para a participação da unidade no processo do selo é uma decisão do gestor municipal e uma das questões que pode ter influenciado na inclusão dessa unidade para implantar o processo do selo prata, provavelmente, se deu pelo fato de ser uma unidade nova, com boa estrutura física, com um bom quadro de funcionários, que possuem um contrato com carga horária maior. Além disso, a unidade conta com o apoio de programas de formação de profissionais no serviço (modalidade de Residência), que contribui no desencadeamento de processos de qualificação do trabalho. Portanto, considerou-se uma boa estrutura de unidade para participar do programa.

A USF em estudo é campo de dois programas de pós-graduação, na modalidade de residência. Um deles é a Residência Multiprofissional em Saúde da Família de uma universidade pública do município e o outro, Residência em Medicina de Família e Comunidade, ofertado pela prefeitura. A primeira, teve seu início no município em 2006 e busca formar profissionais habilitados para trabalhar na AB, com enfoque multiprofissional e interdisciplinar, com o objetivo de melhorar a saúde de indivíduos, famílias e comunidade (CARVALHO *et al.*, 2006). A segunda, com o programa iniciado em 2016, tem o objetivo de formar médicos capacitados para atender todos os ciclos de vida e integrar ações de promoção, proteção,

recuperação e educação em saúde (PARANÁ, 2020). Ambas buscam compreender os processos de saúde e doença em sua complexidade, com uma visão holística do paciente.

O cenário de estudo era uma aposta da universidade e da Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DAPS) para qualificar o cuidado neste território, com a inclusão de maior número de profissionais em período integral na unidade para aumentar o acesso da população a um serviço de saúde. Diante disso, as duas residências, somado com os médicos preceptores que estão inseridos dentro da equipe da USF são considerados uma grande potência na diferenciação do processo de trabalho em relação às outras unidades de saúde. Estes profissionais em formação permitem espaços de problematização, diálogo e despertam o movimento de EPS para dentro do processo de trabalho, o que contribui significativamente para os resultados do processo de qualificação do selo dentro da unidade.

A população já é territorialmente excluída e desamparada pelo Estado em questões sociais, sem recursos de apoio, com políticas públicas insuficientes e que abrangem esses indivíduos. Logo, estabelecer um programa com essa lógica da produtividade e competitividade impacta no processo de trabalho e na integralidade do cuidado ofertado, pois intensifica ainda mais ações programadas em detrimento da organização do serviço pela realidade local.

Vale ressaltar também que a unidade, no ano anterior, era participante do programa (na etapa bronze), ou seja, já possuía uma trajetória vivenciada nesse processo, que não se inicia apenas com a vivência do selo prata. Logo, o excesso de cumprimento de questões burocráticas pelo selo desde o ano anterior e o de consultas restringe os trabalhadores a ficarem dentro das unidades de saúde. Mas qual é a parcela dessa população que procura a unidade de saúde? Quantas pessoas não deixam de ser assistidas pelo fato dos trabalhadores ficarem capturados pelas demandas do programa?

A USF possui uma equipe potente, com trabalhadores qualificados e com uma equipe de residência completa, mas precisam limitar-se às atividades do programa. A população poderia ser empoderada, poderia se fortalecer enquanto comunidade por meio de programas e atividades desenvolvidos pelos profissionais que apostassem na força e sabedoria popular, mas com o selo, os trabalhadores

acabam sendo inibidos e limitados a tais exigências, direcionando seu projeto de cuidado para o processo de certificação.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Na primeira etapa da pesquisa, a observação-participante, o estudo contou com os 49 trabalhadores atuantes no período da coleta. Sendo estes: enfermeiros, auxiliares de enfermagem, auxiliares administrativos, médicos de família e comunidade e preceptores, cirurgião dentista, auxiliares de saúde bucal, funcionários de serviços gerais, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e uma equipe de residentes de saúde da família formada por enfermeiros, psicólogo, cirurgião dentista, farmacêutico, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta e educador físico e equipe de residentes médicos de família e comunidade. Para além desses, atuavam esporadicamente estagiários de enfermagem e medicina, que não estão inclusos nessa soma de 49 trabalhadores, pois não foram considerados significativos na coleta de dados.

Além disso, nas observações foram vivenciados momentos esporádicos com os profissionais da Regional de Saúde, que estavam responsáveis pelo processo de tutoria na unidade e com a coordenação do Programa de Saúde da Família da DAPS, que por vezes, estava presente na tutoria para auxiliar a gestão local.

Na segunda etapa, de entrevistas semiestruturadas, o estudo contou com 18 profissionais. Sendo: três enfermeiros, três ACS, um médico da família e preceptor, dois auxiliares de enfermagem, um técnico de gestão pública, um auxiliar de serviços gerais e um residente de diferentes categorias: um cirurgião dentista, um psicólogo, um nutricionista, um educador físico, um fisioterapeuta, um assistente social e um residente de medicina de família. Considerou-se um profissional farmacêutico como perda, pois após ter sido contatado três vezes, recusou-se a participar da entrevista.

4.4 COLETA DE DADOS

Foram utilizadas duas técnicas complementares de coleta de dados, ambas realizadas pela própria pesquisadora: observação-participante e entrevistas

semiestruturadas.

4.4.1 Observação-Participante

A população da etapa de observação-participante foram os 49 trabalhadores citados anteriormente e contou com, aproximadamente, 58 horas de duração, sendo compreendida no período que se iniciou em julho de 2018 e teve seu encerramento em outubro do mesmo ano. O término do período de observação deu-se após a percepção de que haviam sido coletadas as informações necessárias referentes a dinâmica do processo de trabalho.

O critério para a escolha dessa técnica foi pelo fato dela proporcionar maior proximidade com a realidade a ser estudada, permitindo o pesquisador explorar o objeto de estudo. Desta forma, a observação possibilitou vivenciar o contexto do trabalho dos participantes da pesquisa, compreender melhor como se estabelecem as relações, o significado do processo de qualificação, os arranjos construídos pela equipe para a organização e dinâmica do processo de trabalho. Portanto, considerou-se uma importante técnica que atenderia os objetivos da pesquisa.

Angrosino (2009, p.74) descreve que

a observação etnográfica é fundamentada na observação regular e repetida de pessoas e situações, muitas vezes com a intenção de responder a alguma questão teórica sobre natureza do comportamento ou da organização social.

O autor menciona que esse tipo de pesquisa não se restringe somente ao aspecto visual, mas se expande a outros sentidos, pois ao observador se deparar diante de seus observados e participar de sua rotina de trabalho ele colhe dados.

Nessa categoria de observação-participante, o observador é reconhecido por todos como pesquisador e possui a permissão de participar das atividades propostas pelo grupo, viabilizando proximidade com a realidade (ANGROSINO, 2009; MINAYO, 2013). Como foi o caso, em que a pesquisadora participou ativamente de atividades com a equipe, como o mutirão de estratificação. Entretanto, a maioria do período foi em reuniões de equipe.

Por vezes, o pesquisador atuou como “*insider*”, interagindo e observando o grupo, mas sem participar das atividades desenvolvidas pelos trabalhadores. Entretanto, grande parte da observação, atuou como pesquisador “*ativo*”, que

acontece quando se envolve nas atividades, mas sem se comprometer com valores e metas do grupo. Na observação-participante, a população conhece a função do pesquisador, permanece presente com a equipe, mas se relaciona apenas como pesquisador, na maioria das vezes em silêncio (ANGROSINO, 2009; MINAYO, 2013).

Os principais espaços de observação foram momentos estratégicos, que permitiram o alcance dos objetivos do estudo: reuniões de todas as equipes por no mínimo um período, reuniões gerais da unidade, processo de EPS, mutirões de estratificações de risco desenvolvidos pelos próprios profissionais, reuniões e tutoria que ocorriam com a coordenação da USF juntamente com profissionais da RS responsável pela unidade e com o profissional da coordenação do Programa de Saúde da Família da DAPS.

Para registrar todo o material coletado era utilizado um diário de campo, ou seja, um caderno que tivesse registros das informações que advinham de conversas informais, comportamentos, gestos, expressões, relações estabelecidas, de que forma os processos investigados se concretizam na prática, sinais e sentimentos emitidos sobre o objeto de estudo e tudo aquilo que o pesquisador julgasse pertinente para a pesquisa (MINAYO, 2013).

Segundo Angrosino (2009), a técnica da observação é um importante instrumento complementar, pois além de apreender e adentrar a realidade, considera-se uma estratégia para construir um contexto para uma outra técnica de coleta de dados, como foi o caso dessa pesquisa, que posteriormente utilizou-se de entrevistas.

A observação-participante, além de proporcionar todo o contexto já exposto, possibilitou somar às informações advindas das entrevistas e capturar as reais informações do processo. Como pode ocorrer de os participantes terem falas tendenciosas durante as entrevistas, a observação permite diminuir as chances de viés de pesquisa e perceber as incongruências.

Por fim, a partir dessa primeira etapa, com esse longo período de observação e participação constante da pesquisadora na rotina dos trabalhadores, foi gerada abertura à realidade do grupo pesquisado, o que depois facilitou o contato com os participantes para a realização das entrevistas.

4.4.2 Entrevista Semiestruturada

Como exposto, a população da segunda etapa da coleta foram 18 profissionais atuantes na unidade de saúde de diferentes categorias profissionais, incluindo profissionais e residentes. As entrevistas ocorreram no período de dezembro de 2018 até abril de 2019.

A duração das entrevistas audiogravadas variou de vinte e três minutos até uma hora e oito minutos, tendo como média quarenta minutos de duração. As entrevistas contaram com dois gravadores, sendo um deles feito por áudio e vídeo, para perceber gestos e expressões, e o outro, apenas áudio.

Para aperfeiçoar e se aproximar do instrumento de coleta de dados, foi realizado um teste piloto com um profissional da própria unidade de saúde. O teste piloto é considerado um ensaio de estudo, empregado para testar os procedimentos e trajetória metodológica proposta de uma pesquisa, com o objetivo de adaptar e afinar as possíveis imprecisões (MACKEY; GASS, 2005).

Após o teste piloto, iniciaram-se os convites para as entrevistas. Os participantes foram convidados a participar da segunda etapa por meio de um aplicativo de mensagens (*WhatsApp*®), no qual foi explicado a importância de sua participação e brevemente o objetivo da pesquisa. Posteriormente, ao demonstrarem interesse em participar do estudo, foi acordado local e horário para a realização da entrevista individual, que ocorreu em salas da própria USF que estavam disponíveis no momento do encontro.

Antes de iniciar a entrevista foi feita uma breve conversa informal, a fim de deixar o participante confortável para o momento. Logo depois, foi explicado aos participantes o objetivo da pesquisa, a instituição de ensino, a formação do pesquisador e justificativa da escolha do participante. Após, foi feito juntamente com o participante a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), expondo a importância de sua participação e os riscos da pesquisa. Depois da assinatura do termo, dava-se início ao preenchimento do quadro de caracterização dos indivíduos e iniciava entrevista propriamente dita.

O objetivo de uma entrevista é coletar dados diretamente com os sujeitos da pesquisa, com o propósito de responder os objetivos que norteiam o estudo. (MARCONI; LAKATOS, 2010). A entrevista permite alcançar informações que se baseiam na própria percepção do indivíduo sobre o contexto em que vive e objeto de estudo, permitindo ao entrevistador obter informações subjetivas (MINAYO, 2013).

A entrevista constitui-se em uma interação social, como qualquer outra interação relacional existente na sociedade e busca captar, além das informações ditas, ideias, opiniões, valores, crenças, perspectivas, modos de agir, atitudes com as outras pessoas, motivos das atitudes e comportamentos (MINAYO, 2013). Silva *et al* (2006) menciona que é importante o pesquisador compreender o sentimento que teve durante àquela entrevista, aquilo que foi mais marcante.

Para a escolha desse estudo foi utilizada a modalidade semiestruturada. Nesta, o pesquisador executa um roteiro pré-definido, que é apropriado de acordo com os objetivos do estudo, o que facilita uma abordagem segura. Entretanto, o pesquisador pode ser flexível no momento de perguntar, podendo mudar a forma de questionar de acordo com o entrevistado, caso haja necessidade (MINAYO, 2013).

Para Silva *et al* (2006), o pesquisador não deve se limitar ao roteiro e a entrevista como algo mecânico, sendo permitido explorar algum conteúdo específico que surgiu no momento ou algo que instigue o pesquisador, a fim de compreender o máximo que puder aquela realidade, contexto, sentimentos, ou seja, captar a essência singular das falas e vivências. Porém, tudo isso deve ser feito de forma impessoal, buscando não demonstrar julgamentos e pré-conceitos, para que o entrevistado se sinta mais à vontade e consiga se expressar da forma mais honesta possível, tendo liberdade de se manifestar como um todo.

O roteiro semiestruturado continha as questões norteadoras a seguir. Ressalta-se que a pergunta, por vezes, foi modificada, porém mantendo o sentido dela. Importante destacar também, que ao modificar as perguntas, o entrevistador buscava não utilizar palavras com juízo de valor para não induzir respostas (MARTINS; BICUDO, 2005).

1. O que significa para você o processo de certificação do selo prata? Em dois sentidos: você sabe o que realmente é o selo? E no sentido prático, o que significou de acordo com a sua vivência?
2. Como a equipe se organizou durante o processo de certificação do selo prata? Como foi a dinâmica e as estratégias utilizadas?
3. Quais foram os desafios enfrentados durante o processo de trabalho no que se refere ao selo?
4. Quais foram os resultados desse processo do selo no que se refere às mudanças do processo de trabalho e de que forma impactou? Resultados positivos e negativos.

5. Você sabe o que significa Educação Permanente em Saúde?
6. Todo esse movimento você acredita que tenha sido caracterizado como Educação Permanente em Saúde? Explique.

Nas últimas questões, que se referem a EPS, o objetivo não era compreender se o sujeito tinha entendimento sobre o conceito EPS. Portanto, se o profissional não tinha claro o que era, o pesquisador explicava em poucas palavras para conduzir a próxima pergunta (questão 06).

Na última questão, após a resposta do entrevistado, foi exposto em uma folha algumas palavras que sustentam a lógica EPS: educação, valorização do diálogo, relações menos hierarquizadas, reflexão sobre a prática, problematização, construção coletiva do conhecimento, discussão em grupo, trabalho em equipe e aprendizagem significativa. Após o participante fazer a leitura das palavras, era solicitado que ele respondesse se aquilo tinha acontecido durante o processo de qualificação e era convidado a dar exemplos de situações que ocorreram no processo.

Ao final das entrevistas, o pesquisador agradeceu a participação e ressaltava que poderia desistir da pesquisa a qualquer momento.

4.5 TRANSCRIÇÃO DO MATERIAL

Ao final das duas etapas, as entrevistas foram transcritas na íntegra pelo próprio pesquisador, sem qualquer síntese das falas, buscando ser fidedigno às opiniões, percepções e singularidade de cada indivíduo.

Para os resultados finais, foram retirados gírias e vícios de linguagem, bem como corrigido erros de linguagem, obedecendo a norma culta da língua.

4.6 EXPLORAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

As informações derivadas do diário de campo e das transcrições foram submetidas a análise de discurso proposta por Martins e Bicudo (2005), que compõem duas etapas: Análise Individual (Ideográfica) e Análise Geral (Nomotética).

A análise individual ou ideográfica busca compreender o efeito de cada fala dos entrevistados individualmente, que ocorre por meio da leitura de cada entrevista. Nesta etapa, o pesquisador procura não fazer interpretações a respeito do conteúdo,

apenas aproximar-se e apropriar-se deste.

Dentro dessa primeira etapa, o pesquisador realiza uma leitura flutuante das transcrições, quantas vezes necessárias, justamente para se aproximar do conhecimento que o indivíduo está dizendo. O objetivo é se impregnar da fala daquele sujeito, de forma que o pesquisador consiga captar a essência do que o participante está trazendo.

Após as leituras flutuantes, aconteceu a leitura analítica, no qual foram discriminadas e extraídas as Unidades de Significado (US), que são frases ou palavras que tenham relação com os objetivos da pesquisa, com o objeto de estudo. As US não estão prontas no texto, mas o próprio pesquisador que as percebe e elas foram formadas de acordo com o sentido que havia para o pesquisador. Portanto, cada pesquisador poderá extrair diferentes US.

Após a discriminação, ocorreu a interpretação das unidades de significado. Este é o momento no qual a análise de discurso ganha a riqueza, pois o pesquisador faz sua interpretação da frase e a torna mais clara. Deve-se considerar o contexto político, histórico, ideológico, enfim, trazer sentido a todas as informações geradas. Nesta etapa, o pesquisador desenvolveu uma planilha, na qual trazia a o conteúdo coletado e ao lado, a interpretação de cada uma das US.

Por fim, nesta última fase do primeiro momento, ocorreu a convergência e divergências das unidades de significado. O objetivo foi identificar as US que possuíam a mesma interpretação dentro do discurso do entrevistado, pois muitas vezes os participantes trazem as mesmas questões, porém de diferentes formas. Ressalta-se que as divergências não são necessariamente as contradições entre as falas dos sujeitos.

A segunda corresponde à análise geral ou nomotética, que corresponde na compreensão dos diferentes casos de cada indivíduo na formação de algo mais geral, portanto, a planilha gerada após a interpretação de cada entrevistado deve ser reunida. Ao final dessa etapa tem-se apenas um quadro com todas as US reunidas, bem como suas respectivas interpretações. A partir de então, o pesquisador se baseia nas interpretações gerais para construir as categorias de análise para a discussão do estudo.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da instituição à qual está vinculada, sob número do CAAE 03471318.8.0000.5231 (Anexo B). Foram respeitados requisitos éticos apontados pelas Normas de Pesquisa em Saúde determinadas pela Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Para a coleta de dados por meio da observação, inicialmente, foi solicitado a autorização da Secretaria Municipal de Saúde (Anexo A) e da coordenação da USF de maneira informal. Para as entrevistas, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

5 Resultados e Discussão

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No primeiro momento, será exposto a caracterização dos sujeitos da entrevista (5.1).

Para responder aos objetivos desse estudo e apresentar os resultados e discussão optou-se pela apresentação no formato de três manuscritos, que serão submetidos à revistas científicas e cada um deles responde a um objetivo específico. Devido a isso, as normatizações dos artigos se encontrarão de diferentes formas.

5.2 MANUSCRITO I: Reflexos de um processo de qualificação da Atenção Primária à Saúde na rotina e no cuidado produzido pelos trabalhadores.

5.3 MANUSCRITO II: Estratégias de gestão do trabalho utilizadas durante um processo de qualificação da Atenção Primária à Saúde

5.4 MANUSCRITO III: Resultados de um processo de qualificação da Atenção Primária à Saúde

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA ENTREVISTA

A caracterização buscou investigar: sexo, idade, tempo de atuação profissional, tempo de atuação na APS e categoria profissional, já descrita acima.

Dos 18 participantes das entrevistas, 17 eram do sexo feminino e a idade variou de 23 a 57 anos.

Entre eles, 11 atuavam na unidade de saúde desde sua inauguração em 2015. Os outros sete, residentes, atuavam na mesma unidade desde o início da pós-graduação e do programa de qualificação, que corresponde ao ano de 2018. Somente quatro dos participantes atuaram profissionalmente em outro campo e o tempo de atuação na APS variou de um a 19 anos. Quanto maior o tempo de atuação na unidade, melhor a aproximação da equipe com a população, o que contribui para a criação de vínculo entre os próprios profissionais e comunidade (REICHERT *et al.*, 2016).

Reflexos de um processo de qualificação da Atenção Primária à Saúde na rotina e no cuidado produzido por seus trabalhadores

Mariana Lectícia Beraldi

Brígida Gimenez Carvalho

Carolina Milena Domingos

Sarah Beatriz Coceiro Meirelles Félix

Fernanda de Freitas Mendonça

Resumo: Estudo qualitativo, exploratório, do tipo estudo de caso, que objetivou compreender os reflexos de um programa de qualificação da Atenção Primária à Saúde no processo de trabalho e no cuidado ofertado. A coleta de dados ocorreu de julho de 2018 até abril de 2019, utilizando-se de observação-participante e entrevista semiestruturada com trabalhadores de saúde. Os resultados apontaram para a organização do processo de trabalho, sobrecarga física e mental dos profissionais, ênfase em questões burocráticas em detrimento do cuidado e dificuldade do processo em contemplar as singularidades do território. Apesar disso, oportunizou a reflexão sobre a prática profissional. Processos verticalizados e descontextualizados dificultam a compreensão da realidade e, por isso, a importância de práticas de Educação Permanente em Saúde como espaços de diálogo e problematização sobre o vivido de forma a adequar os processos da macropolítica à realidade local.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Relações Interprofissionais, Avaliação em Saúde, Educação Permanente em Saúde

Reflexes of a qualification process of the Primary Health Care in the routine and care produced by its workers

Abstract: An exploratory, qualitative research, case study type, that aimed to comprehend the reflexes of a qualification process of the Primary Health Care in the work process and in the care assistance offered. The data was collected from July of 2018 to April of 2019, using the observation-participant study tool and semi structured interviews with health workers. The results pointed out the work process organization, physical and mental overload, emphasis on bureaucratic issues in detriment of patient care, difficulties in the process of considering the territory uniqueness. Nevertheless, it provided the opportunity of reflection over the professional practice. Vertical and out of context processes hamper the understanding of the reality and because of that the practice of continuing health education is important so it can give space for dialog and problematize the experiences lived in order to suit the macropolitics to the local reality.

Key-words: Primary Health Care, Interprofessional Relations, Health Evaluation, Continuing Health Education

Reflexiones de un proceso de calificación de Atención Primaria de Salud en la rutina y atención proporcionado por sus trabajadores

Resumen: Estudio exploratorio cualitativo, del tipo de estudio de caso, con objetivo de comprender los reflejos de un programa de calificación para Atención Primaria de Salud en el proceso de trabajo y en la atención ofrecida. La recopilación de datos se pasó entre julio de 2018 y abril de 2019, utilizando observación participante y entrevistas semiestructuradas con trabajadores de la salud. Los resultados señalaron la organización del proceso de trabajo, la sobrecarga física y mental de los profesionales, el énfasis en los problemas burocráticos en detrimento de la atención y la dificultad del proceso para contemplar las singularidades del territorio. A pesar de esto, brindó la oportunidad de reflexionar sobre la práctica profesional. Los procesos verticalizados y descontextualizados dificultan la comprensión de la realidad y, por lo tanto, de la importancia de las prácticas de Educación Permanente en Salud como espacios de diálogo y problematización sobre la experiencia para adaptar los procesos de macropolítica a la realidad local.

Palabra clave: Atención Primaria de Salud, Relaciones Interprofesionales, Evaluación de Salud, Educación Permanente en Salud

Introdução

A avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) e a qualificação do trabalho em saúde mostram-se como um importante componente do processo de gestão¹, que servem tanto para verificar como uma política está se desenvolvendo quanto para colocar em análise os processos de trabalho e orientar os trabalhadores no aprimoramento de suas ações². Nesse sentido, no período de 2011 a 2018, foi vivenciado no Estado do Paraná, o Programa de Qualificação da APS (APSUS)³.

O APSUS estruturou-se em uma metodologia, baseada no conceito de tutoria, que tinha dentro de seus objetivos organizar os processos de trabalho, visando aprimorar a atenção, promover segurança e satisfação dos usuários, apoiando as equipes e melhorando indicadores⁴. Uma das etapas da tutoria seguia o referencial dos atributos da APS para servir de base para a análise do trabalho e para que fosse aprimorado por meio da Educação Permanente em Saúde (EPS). Para conduzir o processo, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) criou um instrumento denominado “Instrumento para Avaliação da Qualidade na APS”, usualmente chamado pelos profissionais que o vivenciam na prática como “*selo*”. O objetivo era identificar não conformidades da Unidade Básica de Saúde (UBS) e desenvolver planos de ação para correção. O instrumento contemplava

questionamentos referentes à estrutura física e processos de trabalho da unidade para promover a aplicação dos conceitos na organização desses processos³.

Para a construção desse instrumento foram utilizadas referências nacionais, como o Instrumento de Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) – Ministério da Saúde. A avaliação das unidades de saúde foi proposta em quatro etapas do selo: *bronze*, que afere o gerenciamento de riscos; *prata*, etapa em que este estudo envolveu-se, abordando os itens que visam o gerenciamento dos processos e são analisados dois grandes eixos: gestão da unidade e atributos da APS; *ouro*, que tem por objetivo aferir os resultados; e *diamante*, que busca assegurar a consolidação do processo de trabalho³.

Sabe-se da importância de processos de avaliação, qualificação e monitoramento dos serviços, e que devem ser incorporados à rotina do trabalho em saúde como forma de verificar não conformidades e nortear estratégias de ação⁵. Contudo, métodos avaliativos não esgotam ou resolvem todas as questões do mundo do trabalho que é vivo e se produz em ato, sendo atualizado a cada encontro, mas disparam reflexões sobre como se faz trabalho e se produz cuidado⁶. Para isso, é fundamental que se realize um diagnóstico situacional da realidade e que favoreça uma participação coletiva, junto aos principais responsáveis, para entender a necessidade do serviço e quais impactos a prática da padronização de processos pode acarretar⁷.

A avaliação e qualificação se faz como uma ação social específica, tendo como atribuição a diversidade e a subjetividade que compõe um serviço de saúde, impedindo a significação de questões específicas sem analisar todo o contexto⁸. Por isso é importante refletir em que medida processos como esse produzem informações para contribuir com tomadas de decisões e melhoria da qualidade do cuidado prestado⁹.

O estudo buscou compreender os reflexos de um processo de qualificação da APS na rotina e no cuidado produzido pelos trabalhadores.

Materiais e método

Estudo qualitativo, exploratório, do tipo estudo de caso. O cenário refere-se a uma Unidade de Saúde de Família (USF), localizada em um município no norte do Paraná, que aderiu ao processo de tutoria da APS e, durante a pesquisa, em 2018, estava em preparação para a certificação do Selo da Qualidade Prata. A área de

abrangência compreendia uma população de cerca de 18 mil habitantes, com baixo nível socioeconômico, socialmente carentes em diversos âmbitos, incluindo o cultural, de moradia e afeto. Além disso, a USF permanece como único recurso da rede de serviços de saúde no local.

A equipe possuía constituição diferenciada, pois contava com profissionais em formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família de uma universidade pública da cidade e residentes de Medicina de Família e Comunidade (MFC) de um programa municipal, além de médicos preceptores. No período da coleta de dados, atuavam: enfermeiros, auxiliares de enfermagem, auxiliares administrativos, médicos de família e comunidade, cirurgião dentista, auxiliares de saúde bucal, funcionários de serviços gerais, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e uma equipe de residentes formada por enfermeiros, psicólogo, médicos, cirurgião dentista, farmacêutico, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta e educador físico, totalizando 49 trabalhadores.

A coleta foi feita por meio de duas técnicas complementares: observação-participante e entrevistas semiestruturadas.

No primeiro momento, foi realizada a observação com registros em diário de campo sobre o processo de trabalho na unidade por aproximadamente 58 horas, no período de julho a novembro de 2018, e os participantes foram todos trabalhadores da unidade no período da coleta. Os principais espaços de observação foram momentos que permitiram o alcance do objetivo do estudo: reuniões de equipe e gerais da unidade, mutirões para estratificações de risco, reuniões e tutoria com a coordenação da USF, juntamente com profissionais da Regional de Saúde (RS), responsáveis pela tutoria e com a coordenação do Programa de Saúde da Família da Diretoria de Atenção Primária à Saúde.

Em um segundo momento, após ter sido realizado teste piloto com um profissional da própria unidade, foram realizadas as entrevistas semiestruturadas, realizadas no período de dezembro de 2018 a abril de 2019. Com o objetivo de contemplar experiências de todas as categorias, foram entrevistados 18 trabalhadores: três enfermeiros, três ACS, um médico de MFC, dois auxiliares de enfermagem, um técnico de gestão pública, um auxiliar de serviços gerais e um residente de diferentes categorias: um cirurgião dentista, um psicólogo, um nutricionista, um educador físico, um fisioterapeuta, um médico e um assistente social. Considerou-se um profissional farmacêutico como perda, pois após ter sido

contatado três vezes, recusou-se a participar da entrevista.

As entrevistas foram feitas, gravadas e transcritas pelo próprio pesquisador. Para preservar a identidade dos participantes, as falas foram identificadas com a letra P (profissionais), seguida de um número (1 a 18). As informações provenientes do diário de campo e das transcrições foram submetidas a análise de discurso proposta por Martins e Bicudo¹⁰, que compõem duas etapas: Análise Individual (Ideográfica) e Análise Geral (Nomotética).

A primeira, busca compreender o efeito de cada fala dos entrevistados individualmente por meio da leitura de cada entrevista, formando unidades de significado. A segunda, agrupa as unidades de significados formadas para realizar as convergências, divergências e aproximação das falas, extraíndo aquelas que são relevantes para compreender o fenômeno em estudo¹⁰.

Para analisar os achados da vivência no campo, foram utilizados os autores Emerson Elias Merhy, na perspectiva da micropolítica das relações, e Paulo Freire, no prisma da problematização da prática profissional.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da instituição à qual está vinculada, sob número do CAAE 03471318.8.0000.5231. Para a realização da observação, foi solicitada autorização da Secretaria Municipal de Saúde e da coordenação da unidade. Para as entrevistas, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e discussão

A partir da análise dos dados, emergiram duas categorias: a primeira trata da compreensão do processo de qualificação e a segunda de seus reflexos na rotina e no cuidado produzido pelos trabalhadores.

Compreensão sobre o processo de qualificação

Como resultado referente a primeira categoria, os trabalhadores pareceram compreender o processo de qualificação em duas diferentes perspectivas: como uma forma de organizar o processo de trabalho e como estratégia para captação de recursos financeiros para os municípios e interesses políticos.

A seguir destaca-se algumas falas:

“O selo é uma forma da gente tentar qualificar o processo de trabalho, organizar infraestrutura, otimizar tarefas e olhar para o processo com mais atenção”. (P04)

O entendimento dos trabalhadores corrobora com o documento que regulamenta o programa, pois descreve que a tutoria na APS buscava organizar processos e desenvolver qualidade da APS³. Os trabalhadores reforçaram esse processo avaliativo como uma estratégia para olhar para sua prática com mais atenção, pois com a rotina complexa, muitas vezes, não refletem sobre as próprias ações. Refletir, planejar e avaliar o trabalho pode formar saberes para a produção de atos de saúde, pois a esfera da gestão do processo de trabalho também é constituída em espaço de cuidado¹¹.

Outras falas remetiam a esse processo como forma de obtenção de recursos financeiros para os municípios e como campanha político-partidária.

“É uma forma de tentar obter mais verba para o município e as UBS. Existe também o objetivo de usar o selo como campanha futura ou de tentar conseguir um cargo político utilizando as ações que foram implementadas pelo selo”. (P01)

Dentro do setor público existem questões de ordem política para que o governo promova-se enquanto gestão. A política de governo do gestor estadual à época da pesquisa costumava desenvolver programas semelhantes a planos nacionais, como é o caso do APSUS, que remetia fortemente ao PMAQ, com suas diferenças na aplicabilidade, principalmente por não possuir contrapartida financeira, mas com o mesmo intuito de atingir metas e resultados.

Não apenas no âmbito da saúde, os interesses político-partidários, por vezes, se sobrepõem aos objetivos de qualificação da APS, pois com a mudança de gestão, esses programas caem em desuso e novos programas são criados pelo próximo governo para que se desvincule da gestão anterior. A grande fragilidade é que o processo de trabalho dos profissionais sofre o impacto disso, pois precisa reestruturar-se a partir de outra norma, interferindo diretamente na qualidade do atendimento à população assistida.

Acredita-se que um programa de governo traz consigo questões amplas de uma macropolítica sendo colocada em ação e, para isso, são criadas normas, leis, protocolos, regulamentos e outros. Estas entram no rol das tecnologias leve-duras¹² que são utilizadas para operar o trabalho em saúde. Entretanto, sendo o trabalho

vivo, é na rotina dos trabalhadores que a norma é operada e a macropolítica impacta diretamente na micropolítica, em uma via de mão dupla¹³.

O APSUS é um programa de qualificação em que o Estado repassa uma verba mensal para os municípios³, assim aportando recursos financeiros para a Atenção Básica. Todos os municípios dessa regional de saúde fizeram adesão ao APSUS e passaram por qualificações desde 2011, porém a adesão não é por unidade de saúde. A unidade foco do estudo não aderiu ao programa, mas sim ao processo de tutoria, referente a qualificação do selo e ao apoio da regional de saúde. Portanto, diferente do PMAQ, que possui um cunho financeiro, essa unidade não recebia o repasse de recursos.

Os entrevistados acreditaram que a participação no programa significou a obtenção de recursos, pois mesmo que não tenha o incentivo financeiro de acordo com as metas e desempenho, se a unidade aderisse à tutoria, ela ganharia visibilidade e melhoraria a infraestrutura, por exemplo, como é o caso da unidade em estudo. O processo visava aperfeiçoar o trabalho e desenvolver melhorias na unidade, entretanto, os próprios profissionais reconheciam que muitas vezes isso não refletia em cuidado para a população.

Este cenário evidenciou a macropolítica operando na micropolítica, de forma que o cuidado produzido precisou ser desviado para que a macro pudesse ter espaço para acontecer, numa tentativa de capturar a capacidade criativa do trabalhador. Contudo, mesmo que ocorram tentativas de estipular uma padronização para as ações e que existam diferentes lógicas de operar no cotidiano do trabalho em saúde, os profissionais encontraram possibilidades de desdobramentos, de modo a refletir e problematizar sobre o contexto local^{14,15}.

Reflexos no Processo de Trabalho e no Cuidado

O processo de certificação do selo prata afetou o dinamismo de trabalho e a produção do cuidado da unidade acompanhada. Um dos reflexos mais relatados pelos participantes foi a sobrecarga de trabalho e o desgaste emocional, atribuídos principalmente ao prazo, obrigatoriedade de tarefas e a falta de significado na realidade dos trabalhadores.

“Para mim o selo significou um desgaste físico e mental muito grande. É muita pressão para um período curto de tempo. Eu acho que as ACS e a enfermagem estavam mais sobrecarregadas”. (P14)

O prazo e a quantidade de atividades exigidas pelo selo eram fatores de desgaste emocional muito grande para os trabalhadores. Mota e David¹⁶, em estudo sobre problematizações do PMAQ, também questionaram o estímulo por relações competitivas para o reconhecimento por mérito e de que forma isso caminha na direção contrária a uma saúde que visa o cuidado integral. Os trabalhadores demonstraram insatisfação com o prazo, pois, além de intensificar o sentimento de obrigatoriedade, a equipe se preparava para o momento da avaliação do programa em si, dificultando a busca pela melhoria da qualidade. A macropolítica atravessava e disputava espaço com outras atividades desenvolvidas pelos servidores.

Leite¹⁷ reflete o quanto as instituições públicas têm incorporado a lógica capitalista e da produtividade. Ao atender essas características, a equipe se insere em um fluxo de acentuada competitividade, trabalhando por meio de metas e, sem perceber, deixa-se capturar pelo processo, perdendo a identidade do seu fazer profissional. Por mais que haja a tentativa de emancipá-los desse processo ao qual são submetidos, a baixa remuneração, a falta de recursos humanos, o território em que se encontram e o próprio processo de trabalho, dificultam a libertação dessa condição de oprimidos.

A pressão pelo resultado e a exigência de tarefas avaliativas podem contribuir para a exaustão e desgaste psíquico de toda a equipe de saúde¹⁶. Os entrevistados enfatizaram que se fosse um processo menos verticalizado, se o empenho tivesse ênfase no cuidado e não na conquista do selo, preocupariam-se menos com o prazo e, assim, seria um trabalho que pudesse continuar além da produção de dados. Isso evidencia o quanto o controle normativo e prescritivo da macropolítica sobrepõe as demandas da micropolítica. No entanto, a gestão do trabalho não deve ser entendida apenas sob essa ótica, mas reconhecer que cada profissional é sujeito-trabalho e desenha a organização do seu próprio processo produtivo¹⁸.

Outro reflexo relacionado a sobrecarga física e mental dos trabalhadores dizia respeito a forma de avaliação do programa, pois em muitos momentos sentiam-se pressionados a realizar algumas atividades apenas para alcançarem as exigências do instrumento. Assim, sentiam-se frustrados e desamparados pela gestão, pois a participação no processo do selo evidenciava problemas de recursos humanos e materiais, mas não possuíam recursos para a solução.

Embora a tutoria tenha se feito presente e tenha apresentado um caráter aberto e flexível, algumas questões como estas apresentadas não dependiam de

sua governabilidade. Além disso, não era toda a equipe que participava do processo de tutoria, ficando restrita somente à gestão local e, com isso, determinadas questões e necessidades trazidas à tona, nem sempre eram debatidas, o que pode ter influenciado na resolução de algumas demandas, como esta apresentada:

“A unidade precisa lixo. Ao invés de ser sincera e dizer que não tem lixo, empresta de outra UBS (...). Para quê fazer essa maquiagem? Tem que mostrar o que não temos, pois o município tem que dar conta, o Estado tem que dar conta”. (P02)

Saddi et al¹⁹, em estudo a respeito do PMAQ, chamam isso de “jogos de trapaça”, principalmente em contextos com baixa capacidade organizacional e baixo capital para custear as necessidades locais, gerando falsos resultados, falsos indicadores de saúde e prejudicando a gestão da unidade. Salci et al²⁰ também identificaram que a forma como ocorrem processos avaliativos compromete a prática assistencial. Essa obrigação em realizar funções além da capacidade, leva os profissionais a realizarem essas práticas de “trapaça” para conseguir alcançar a meta proposta.

Fica evidente a incoerência de um modelo de avaliação quantitativo e pontual no que se refere a melhorias da qualidade do serviço. Estudos apontam uma outra opção avaliativa, como metodologias qualitativas, que ajudam a perceber a singularidade do local e prática profissional^{20,21}. Processos avaliativos devem passar pela aceitação dos principais atores envolvidos de modo que compreendam sua importância e incorporem práticas eficientes em seu contexto de atuação.

Programas avaliativos quantitativos e prescritivos podem não provocar reconstruções de sentidos e práticas que irão impactar no processo de trabalho. Discordar das questões solicitadas, investigar lacunas e estabelecer diálogo para problematizar a realidade deve ser prioridade tanto para a equipe da unidade, quanto para a equipe gestora junto à tutoria do programa.

Alguns trabalhadores, sobre o significado do selo, entendem-no como uma estratificação de risco³, pois dentre as ações esta foi a que mais demandou aumento de carga de trabalho. Isso porque o instrumento de avaliação visava o

³ As estratificações de riscos eram consideradas macroprocessos necessários a serem executados pelos trabalhadores. Suas implantações estavam inseridas no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), ao qual o APSUS está vinculado. A estratificação de risco é considerada um elemento fundamental no modelo do MACC ao dividir a população total em subpopulações, segundo os riscos, e que determinarão as estratégias de intervenção, tecnologia de gestão da clínica e cuidado profissional, elaborados a partir de protocolos pré-estabelecidos para o manejo das condições crônicas^{03,23,24}.

acompanhamento programático segundo as estratificações de riscos, principalmente de condições crônicas.

Sabe-se que, com a transição epidemiológica, condições como diabetes e hipertensão são importantes agravos que acometem a população em geral. Entretanto, as análises feitas pelos profissionais eram que o instrumento não se preocupava com a singularidade do território. Afirmaram que, apesar da alta prevalência desses agravos, outras questões relacionadas à vulnerabilidade da população em relação à violência, condições sociais e escassos recursos de apoio no território não eram enfatizadas.

“É um tiro no pé. Totalmente inválido para a nossa realidade. Ficar pensando em estratificar hipertenso e diabético, enquanto as pessoas não têm nem o que comer”. (P07)

A proposta do processo de qualificação na teoria, mostra-se como um processo de diálogo, de apoio e ferramenta para mudanças no trabalho³. Entretanto, é possível perceber que o conteúdo proposto pelo instrumento estava distante da prática profissional e muitas vezes não fazia sentido para aquela unidade de saúde, para a população abrangente e para a conduta profissional.

Não pode existir um conhecimento construtivo alheio à realidade dos trabalhadores. Logo, mostra-se a importância da leitura de mundo, do local de trabalho, da práxis e que esta não pode ser feita a partir de apenas um olhar, mas sim a partir de todos que fazem parte do processo de aprendizagem. Ora, educar para transformar pressupõe análise da realidade dos trabalhadores e problematização²².

Não se transforma o que é desconhecido e, na lógica da EPS, educar para transformar exige coerência com os objetivos do programa de qualificação²². Tentar implementar um processo da mesma maneira para todo o Estado é uma forma verticalizada de padronizar as práticas dos trabalhadores. Deste modo, é indispensável que as palavras de quem vive aquela realidade sejam ouvidas e estejam presentes no processo de transformação, pois é a partir da compreensão crítica da realidade que os servidores são capacitados para transformar a si e a seu contexto²⁵.

Outro reflexo mencionado refere-se a ênfase que se deu à gestão do processo de certificação em detrimento da assistência. Sabe-se que gerenciar também é cuidar, porém, mencionaram que a fragmentação gerada pelos diversos

instrumentos de estratificação determinou deslocamento do cuidado para tarefas burocráticas que sobrecarregavam os trabalhadores e pouco acrescentavam na assistência.

“Outra coisa absurda é essa escala de saúde mental. Só por você morar nesse bairro você já é alto risco. Porque tem: “você está exposto a violência?” Sim. “Vulnerável social?” Sim. “O Estado está amparando o lugar onde você vive?” Não. “Você já presenciou alguma vez violência ou abuso de álcool e drogas?” Sim. “Foi desamparado na infância?” Sim. Pronto! Alto risco. Concordar com essas escalas era uma dificuldade muito grande. A gente tinha que aceitar, colocar na planilha, fragmentar o cuidado e dar conta de atender toda a agenda, mas eu buscava prezar pela qualidade do atendimento”. (P12)

Além disso, após fazerem essas estratificações, era necessário agendar as consultas de acordo com o risco do paciente, baseando-se na linha guia⁴ da SESA, como também era necessário aplicar algumas escalas de cuidado nas consultas e visitas aos pacientes. As críticas diziam que estratificações frequentemente não eram pertinentes e que o excesso de consultas programadas, muitas vezes desnecessárias, dificultava o acesso para os demais usuários do serviço.

“A agenda fica cheia de retorno programado. O paciente que vem na unidade não consegue entrar na agenda, fica para daqui não sei quantos meses. Se ele for diabético, hipertenso, idoso, etc., ele tem prioridade e consegue passar todo mês, agora se ele não for nada disso ele é jogado lá para a frente”. (P12)

O foco na gestão de processos burocráticos também prejudicou ações no território, como a perda da qualidade e quantidade das visitas domiciliares realizadas pelos ACS em função da intensificação da produção de cadastros familiares e cancelamento de visitas domiciliares de outros profissionais para a organização de planilhas e prontuários.

“A gente fica muito em cima disso e não consegue sair para conhecer esse paciente. Eu estratifiquei dezenas de prontuários, mas eu não conheço esses pacientes, eu não sei qual que é as histórias deles”. (P04)

A partir desses resultados fica evidente a centralidade das ações no processo avaliativo em responder as determinações do “selo” e não diretamente no cuidado e

⁴ Linha guia refere-se ao instrumento adotado pelo Estado que determina gestão e ação para cada condição de saúde nos diferentes pontos de atenção à saúde, como um protocolo que norteia o trabalho. A gestão da condição de saúde estrutura-se em quatro grandes componentes: o plano de cuidado, a gestão dos riscos da atenção à saúde, as mudanças de comportamento de profissionais de saúde e de pessoas usuárias e a programação da atenção à saúde²³.

necessidade do usuário. Diante do processo de avaliação, ocorreu uma disputa entre as práticas assistenciais e burocráticas com o intuito de atingir a meta estabelecida pelo programa. Ambos são importantes, entretanto, é essencial que haja um equilíbrio e não exclusão de um deles, pois questões importantes como o acesso e práticas assistenciais ficaram prejudicadas.

Essa é a disputa entre a intencionalidade do projeto de cuidado no sentido do encontro, do vínculo, processos relacionais e autonomia dos profissionais para agir da maneira como lhes parece correta com o projeto de normas e instrumentos gerenciais²⁶. Nenhum escopo de perguntas e linha guia é capaz de entender a complexidade da vida e a subjetividade de cada encontro.

Diante de todo esforço em corresponder às expectativas do programa, cabe refletir se o paciente é colocado como centro do cuidado. O quanto o cuidado é central nas experiências de trabalho e nas discussões e qual lugar ele ocupa. A maior parte do tempo busca-se resolver e falar sobre processos burocráticos e minimamente o cuidado é pauta das relações comunicativas. O que poderia mudar nas pautas dos processos comunicativos para produzir cuidado?²⁷

Cecílio²⁸ destaca as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde e provoca-nos a pensar sobre a dificuldade de processos avaliativos. Como qualificar um processo de trabalho e fazer gestão do cuidado a partir de um único instrumento, sendo que este precisa ser capaz de abranger diferentes dimensões na saúde? Como padronizar os indivíduos em um escopo de doenças e cuidados? E como avaliar, por meio de um instrumento objetivo, campos tão heterogêneos, singulares e complexos? O autor ainda faz refletir sobre o papel externo de gestores e suas tentativas de normalizar e controlar o aspecto micropolítico, no qual os principais sujeitos carregam diversos valores, interesses e sentidos para o trabalho em saúde. Portanto, cabe minimizar a ideia de que a avaliação da micropolítica se faz a partir de indicadores externos, estruturados pela macropolítica. Ora, seguir essa lógica acarreta aos trabalhadores realizar uma tarefa árdua de produção de dados e informações que, muitas vezes, não é coerente com quem cuida e é cuidado.

Diante desse contexto, a EPS pode se mostrar como uma alternativa em direção a um cuidado mais integral, sendo uma oportunidade de viver as relações produzidas a partir do mundo do trabalho, de maneira horizontal, baseando-se nas trocas de experiências e diálogos²⁹. A proposta do selo vem atender os objetivos do programa e acaba desvalorizando a capacidade que os trabalhadores têm de serem

protagonistas do próprio processo de qualificação do seu trabalho.

Destaca-se que as falas apresentadas até o momento foram as mais evidenciadas nas entrevistas, porém não necessariamente mostram-se como a única realidade exposta pelos entrevistados. Embora tenham sido identificadas fragilidades em relação à percepção do processo de qualificação, também foi evidenciada potencialidade.

Um reflexo positivo do processo de qualificação foi a oportunidade de repensarem sua prática profissional e perceberem os problemas presentes no processo de trabalho, avaliarem sua atuação, problematizarem na tentativa de encontrar um significado para sua realidade e buscarem possíveis mudanças para alcançar maior qualidade no cuidado ofertado.

“Talvez nunca se pensasse sobre o processo de trabalho e viu que esse modelo que o selo traz é um modelo complicado, mas pelo menos é um momento de se pensar como a gente faz, como deveria ser, o que a gente pode melhorar”. (P12).

O contraditório se fez presente, ora insatisfeitos, ora colocando-se em análise. A reflexão sobre o processo de trabalho permeou a prática dos trabalhadores, que começaram a pensar a respeito da forma como a certificação era conduzida. A ênfase nos processos burocráticos em detrimento do processo assistencial, por exemplo, foi evidenciada pela equipe de modo que houve um movimento de resgate às práticas assistenciais.

A equipe de saúde, mesmo capturada pela imposição de metas e uma lógica tradicional de processo educativo, que dificultava a capacidade de reflexão, criou espaços de diálogo por meio da formação de seus próprios arranjos, movida, sobretudo, pela equipe de residência, que influenciava toda a equipe.

Faz parte do trabalho em saúde e da EPS percorrer o caminho de refletir sobre as práticas de trabalho e encontrar possíveis soluções de problemas³⁰. Portanto, a discussão da equipe possibilitou uma renormalização do processo de trabalho com foco nas necessidades do usuário. Por meio da problematização e diálogo entre os profissionais, foi feita uma leitura das questões avaliadas no programa que culminaram em perceber os produtos imediatos das atividades propostas pelo selo, os impactos dessas intervenções e a adequação à realidade assistencial.

Considerações finais

Os principais reflexos referentes ao processo de qualificação da APS na organização do trabalho e do cuidado produzido, referiram-se à valorização de processos burocráticos em detrimento do cuidado, ao grande desgaste físico e mental dos profissionais e à aplicação do processo de avaliação quantitativo e prescritivo que não foi capaz de olhar para o subjetivo, para as peculiaridades da unidade de saúde, da população assistida e dos profissionais. É importante pensar em como o programa de qualificação aconteceu tal qual um processo macropolítico verticalizado e o quanto pode impactar na micropolítica, especialmente na dinâmica do trabalho e no cuidado prestado.

A EPS mostrou-se uma importante ferramenta adotada no processo de trabalho, principalmente no que se referiu à problematização das questões levantadas pelo selo. Apesar do sistema do selo ser repleto de orientações prescritivas, a equipe de saúde deu novos significados às atribuições. Mesmo que não fosse possível colocar em prática, o fato de refletir sobre o processo de trabalho pode gerar oportunidades de modificar o cuidado prestado, como uma forma da micropolítica operar a macropolítica e encontrar seu modo de acontecer.

Esses espaços de EPS podem ter sido impulsionados pela existência da Residência na USF, que contribuiu fortemente para as reflexões e problematizações a respeito do processo de trabalho, evidenciando a potência da aproximação do ensino com o serviço. Embora isso seja um fator importante para fomentar o cuidado e as reflexões no processo de qualificação da APS, mostrou-se também como uma limitação do estudo, pois outras unidades participantes do processo do selo no Estado não tiveram essa contribuição e podem apresentar resultados diferentes desse estudo.

O processo de observação-participante foi fundamental para dar suporte às reflexões feitas nesse artigo. As entrevistas mostraram-se um potente recurso para captar a percepção dos profissionais acerca do processo, porém a observação permitiu ao pesquisador adentrar a realidade dos profissionais e perceber como o processo do selo se estabelecia no dia-a-dia dos trabalhadores.

Referências:

1 - Silva LMV. Avaliação de políticas e programas de saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014.

2 - Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. Family Health

Strategy Coverage in Brazil, according to the National Health Survey, 2013. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2016 [citado em 2020 fev 18]; 21(2):327-338.

3 - PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. A tutoria na APS. Curitiba: Secretaria de Saúde; 2018.

4 - PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Cartilha tutoria. Curitiba: 2015. Disponível em:
<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CartilhaTutoria2015.pdf>

5 - Carvalho ALB, Souza MF, Shimizu HE, Senra IMVB, Oliveira KC. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. Ciênc. saúde coletiva. [Internet]. 2012 [citado 26 Nov 2019]; 17(4):901-911.

6 - Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3.ed. São Paulo: Hucitec; 2002.

7 - Scartezini LMB. Análise e Melhoria de Processos [Internet]. 2009 [citado 26 Nov 2019]; Disponível em: <http://siseb.sp.gov.br/arqs/GE%20B%20-%20An%C3%A1lise-e-Melhoria-de-Processos.pdf>.

8 - Champagne, DJ, Hartz ZMA (org.). Análise de implantação [Internet]. 1997 [citado 26 Nov 2019]; 49 - 88. Disponível em:
<https://static.scielo.org/scielobooks/3zcf/pdf/hartz-8585676361.pdf>.

9 - Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2006 [citado 26 Nov 2019]; 11(3):705-711.

10 - Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Centauro; 2005.

11 - Merhy EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Ver - SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília; 2004.

12 - Merhy EE, Franco TB. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. Saúde Debate [Internet]. 2003 [acesso em 2020 fev 18];27(65). Disponível em: http://lct-ead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf

13 - Félix SBCM. Momentos e movimentos da implantação de um núcleo de apoio à saúde da família (NASF) em uma cidade do sul do Brasil [tese]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2017.

14 - Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.

15 - Malta DC, Merhy EE. A micropolítica do processo de trabalho em saúde -

revido alguns conceitos. Rev Min Enf [Internet]. 2003 [citado em ano mês abreviado e dia]; 7(1):61-66.

16 - Mota RRA, David HMSL. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizar. Revista Enfermagem UERJ [Internet]. 2015 [citado 26 Nov 2019]; 23(10):122-127.

17 - Leite JL. Produtivismo acadêmico e adoecimento docente: duas faces da mesma moeda. In: Ferreira A, et al. (orgs.). Precarização do Trabalho e Saúde Docente nas Universidades Públicas Brasileiras. Fortaleza: EdUECE; 2015; p.72-79.

18 – Franco TB. O trabalhador de saúde como potência: ensaio sobre a gestão do trabalho. In: Franco TB. Merhy EE. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013.

19 - Saddi FC et al. Perceptions and evaluations of front-line health workers regarding the Brazilian National Program for Improving Access and Quality to Primary Care (PMAQ): a mixed-method approach. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2018 [citado 26 Nov 2019].

20 - Salci MA et al. O programa de avaliação da atenção básica na ótica dos profissionais de saúde e gestores. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste [Internet]. 2019; v.20 [citado 26 Nov 2019].

21 – Arruda CAM, Bosi MLM. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. Interface [Internet]. 2017 [citado 26 Nov 2019];321-332.

22 - Freire P. Pedagogia do Oprimido. 59a edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

23 – Mendes EE. As redes de atenção à saúde [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 [citado em 2020 fev 18].

24 - Mendes EE. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. Rev Bras Promoç Saúde [Internet]. 2018 [citado 2020 fev 18];31(2):1-3.

25 - Antunes AB. Educar para transformar. Semana Paulo Freire Online – 50 anos da Pedagogia do Oprimido. Instituto Paulo Freire [Internet]. 2018 [citado 26 Nov 2019].

26 - Baduy RS. Gestão municipal e produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento [tese]. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2010. [citado em 2020 fev 18].

27 - Merhy EE. Dispositivos de gestão hospitalar: fortalecendo os hospitais e as redes de cuidado. Multidão de EUS: o cuidado da vida e os movimentos de resistência. Encontro Sul da Rede Unida. [Internet], 2019 [citado 26 Nov 2019].

28 – Cecílio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. Interface

[Internet]. 2011 [citado 26 Nov 2019];589-599.

29 - Carvalho MS, Mehry, EE, Sousa MF. Repensando as políticas de Saúde no Brasil: Educação Permanente em Saúde centrada no encontro e no saber da experiência. Interface [Internet]. 2019 [citado 26 Nov 2019].

30 - Merhy EE, Feuerweker LCM, Ceccim RB. Educación permanente en salud – una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. Salud colectiva [Internet]. 2006 [citado 26 Nov. 2019]; 147-160.

Manuscrito II

Estratégias de gestão do trabalho utilizadas durante um processo de qualificação da Atenção Primária à Saúde

Mariana Lectícia Beraldi
Sarah Beatriz Coceiro Meirelles Félix
Maria Lúcia da Silva Lopes
Fernanda de Freitas Mendonça

Resumo: Estudo qualitativo, descritivo, exploratório, do tipo estudo de caso, que teve como objetivo desvelar as estratégias desenvolvidas pela equipe de saúde que possibilitaram a gestão do trabalho durante um processo de qualificação da Atenção Primária à Saúde. A coleta de dados foi feita no período de julho de 2018 até abril de 2019, por meio de observação-participante e entrevistas semiestruturadas com trabalhadores de uma Unidade de Saúde da Família localizada em um município do Paraná. Os resultados apontaram diversas estratégias desenvolvidas pela equipe: reuniões de equipe e gerais, mutirões de estratificação de risco e atendimento coletivos no formato de grupos. O protagonismo dos profissionais possibilitou que o programa servisse como um disparador de momentos de Educação Permanente em Saúde (EPS). Conclui-se que o processo de qualificação impulsionou a equipe a desenvolver-se e trabalhar em conjunto. A EPS desenvolvida pelos próprios profissionais possibilitou minimizar a lógica da captura verticalizada do programa e dar qualidade ao processo organizativo.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Educação Permanente em Saúde, Educação, Política de Saúde

Work management strategies used during a Primary Health Care qualification process

Abstract: An exploratory, descriptive, qualitative research, case study type, that aimed to unveil the arrangements built by the health team that allowed the work management during the qualification process of the Primary Health Care. The data was collected in the period of July 2018 to April 2019 through observation-participant study tool and semi structured interviews with workers of a Family Health Care Unit in a city of Paraná. The results showed many arrangements developed by the work team: staff and general meetings, joint effort for risk stratification and setting-up groups for the users. The protagonism of the workers enabled the program to be a space for Continuing Health Education (CHE). It is concluded that the seal drove the team to develop and work together. The PHE developed by the staff gave the opportunity to minimize the logics of the vertical process catch and give quality to its arrangements.

Key-words: Primary Health Care, Continuing Health Education, Education, Health Policy

Introdução:

No ano de 2011, no estado do Paraná, foi lançado o Programa de

Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS) cujo objetivo era organizar a Atenção Primária à Saúde (APS). No período de 2011 até 2014 foram realizadas nove oficinas de capacitação⁵ com as unidades de todo o Estado para o alinhamento às propostas das Redes de Atenção à Saúde definidas pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA). A seguir, foi implementado o processo de tutoria, em que as equipes das Regionais de Saúde apoiavam as equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) na organização dos micro e macroprocessos de trabalho saúde, utilizando a EPS como metodologia predominante (PARANÁ, 2018a).

A tutoria compõe quatro etapas: selo bronze, prata, ouro e diamante, sendo que cada uma delas busca gerenciar os processos de algum âmbito específico. Durante a qualificação da etapa prata, a que este estudo aborda, a equipe busca aferir o gerenciamento de processos, traçando mudanças e estratégias para a resolução das não conformidades estabelecidas do programa, que possuem dois grandes eixos: adequação de estrutura física e organização do processo de trabalho (PARANÁ, 2018a). Apesar das diferenças, assemelha-se a lógica do processo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), desenvolvido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015a).

Por meio do programa os profissionais eram motivados a produzir uma série de movimentos que poderiam produzir oportunidades de ações mais eficazes para a resolução das necessidades de saúde da população. Sobre isso, alguns autores afirmam que, quando o trabalhador se abre para o outro, ele consegue perceber diversas possibilidades além de discussões focalizadas em pautas burocráticas, com modelos prescritivos para a vida do outro, e então, desperta-se sua capacidade de invenção de estratégias para produzir o cuidado (BADUY et al., 2016; MERHY, 2004; MERHY, FEUERWERKER, 2009). É o encontro com o outro e o poder de afetar e ser afetado que influencia diretamente na potência de pensar e de agir dos trabalhadores (DELEUZE, 2002).

A EPS foi uma das opções metodológicas utilizadas para que a equipe

⁵ As oficinas objetivavam qualificar os trabalhadores da APS utilizando-se de metodologias ativas para promover o alinhamento da teoria com a prática. Foram realizados momentos de discussão teórica com tutores e grupos multiprofissionais e de dispersão de atividades práticas. As nove oficinas utilizavam-se de cadernos para guiá-las, que foram amplamente utilizados e serviram de roteiro durante todo o programa para nortear a assistência. Os cadernos abordavam as seguintes temáticas: As Redes de Atenção à Saúde no PR; Rede Mãe Paranaense; Urgência e Emergência; Monitoramento e Avaliação; Planejamento Municipal da Estrutura da APS no Estado do Paraná; Programação da Atenção Primária à Saúde; Vigilância em Saúde na Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental e Saúde do Idoso (PARANÁ, 2018?b)

refletisse sobre seu processo organizativo, tornando-se protagonista do trabalho. A EPS caracteriza-se pela aprendizagem no trabalho, no qual o aprender e o ensinar se incorporam no cotidiano (BRASIL, 2007). O aprendizado é construído e lapidado pelos próprios profissionais, de acordo com suas experiências e conhecimentos e devem aplicá-los em suas realidades, distanciando-se de práticas verticalizadas, de modo que interfira com qualidade na gestão do trabalho (LOPES et al, 2007; BRASIL, 2018).

A gestão do trabalho em saúde trata-se de uma política de Estado que diz respeito a todas as dimensões da atividade laboral, incluindo as relações entre os indivíduos, questões técnicas e execução das atividades (BRASIL, 2004; VIANA et al., 2018). O profissional é visto como essencial para a efetividade do trabalho em saúde, tornando-o um processo de trocas, co-participação e comprometimento coletivo (MACHADO et al., 2018). Desta forma, compreende-se que todos fazem gestão e podem exercer sua prática com certo grau de liberdade (GALAVOTE et al, 2016), tornando a gestão do trabalho em saúde um produto coletivo.

Diante o exposto, verifica-se diversas produções sobre os processos de qualificação da Atenção Básica (AB), com destaque para os resultados do PMAQ (FEITOSA et al., 2016; MOTA, DAVID, 2015; SADDI et al., 2018) contudo se comparado com este último o APSUS foi mais ousado em propor ações que valorizaram o protagonismo do trabalhador. Diante disso, considerando a importância de pensar como ocorrem as ações educativas, como os profissionais refletem sobre o processo de trabalho e de que forma se preparam para atender as diferentes necessidades de saúde da população (MEHRY, 2014), esse artigo tem como propósito desvelar as estratégias utilizadas para potencializar o processo de trabalho que possibilitaram a gestão durante a qualificação da APS.

Metodologia:

Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, do tipo estudo de caso. A pesquisa ocorreu em uma Unidade de Saúde da Família (USF), localizada em um município do norte do Paraná.

A coleta de dados iniciou em julho de 2018 e teve seu término em abril de 2019. A primeira etapa da coleta de dados correspondeu à observação-participante, que teve duração de aproximadamente 58 horas, e a segunda, realização de entrevistas semiestruturadas. Na etapa de observação participaram do estudo todos

os profissionais atuantes na USF. Sendo estes: enfermeiros, médicos de família e comunidade e preceptores, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), auxiliares administrativos, auxiliares de saúde bucal, cirurgião dentista, auxiliares de enfermagem, funcionários de serviços gerais e uma equipe de residentes multiprofissionais de saúde da família e médicos residentes de MFC, totalizando 49 trabalhadores.

Todos os registros da observação foram feitos em um diário de campo. O pesquisador participou de momentos estratégicos, que oportunizaram conhecer a rotina de trabalho, de forma a complementar com as informações provenientes das entrevistas, como: reuniões de equipe, reuniões gerais, momentos informais de diálogo e mutirões de estratificação de risco.

As entrevistas foram feitas com 18 profissionais e buscou-se entrevistar, no mínimo, um profissional de cada categoria para que todos os núcleos de atuação pudessem ser contemplados.

Os participantes das entrevistas foram: três enfermeiros, três ACS, um médico de MFC e preceptor, dois auxiliares de enfermagem, um técnico de gestão pública, um auxiliar de serviços gerais e um residente de diferentes categorias: um cirurgião dentista, um psicólogo, um nutricionista, um educador físico, um fisioterapeuta, um assistente social e um residente de MFC. Um profissional farmacêutico foi considerado como perda, pois recusou-se a participar da entrevista após ter sido contatado mais de uma vez.

Para preservar a identidade dos participantes, as falas foram identificadas com a letra P (profissionais), seguida do número correspondente a ordem das entrevistas (01 ao 18).

Todo o material coletado foi submetido à análise proposta por Martins e Bicudo (2005) e os resultados foram refletidos à luz dos pensamentos de Emerson Elias Merhy e Paulo Freire.

Ao final do processo de análise, resultaram alguns eixos temáticos referentes as estratégias adotadas pelos trabalhadores, tais como: reuniões de equipe e gerais, mutirões de estratificação de risco e atendimento coletivos no formato de grupos.

Para a etapa da observação foi solicitado a autorização da Secretaria Municipal de Saúde e da coordenação geral da unidade. Para as entrevistas, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres

Humanos da instituição à qual está vinculada, sob número do CAAE 03471318.8.0000.5231.

Resultados e Discussão:

O processo do selo e o processo de trabalho em saúde da equipe ocorrem simultaneamente e se entrelaçam. Não há como diferenciar um do outro, pois são parte de um todo. Por isso, certas estratégias e dinâmica do trabalho criadas pela própria equipe não fazem parte “deste ou daquele”, não se diferenciam, nem se dissociam na prática.

No que se refere a organização da equipe durante a qualificação, a principal estratégia de gestão e a mais comentada pelos profissionais foram os encontros dos trabalhadores de maneira formal e agendada, chamados de reuniões gerais e de equipe.

As reuniões gerais serviram de espaço para orientações em relação a qualificação do programa, levantamento de dúvidas sobre o processo de trabalho, estruturação da equipe para as atividades e momentos de EPS, no qual a própria equipe levantava a necessidade para aprimorar o processo de trabalho e os profissionais se organizavam para discutir o assunto. Elas aconteciam mensalmente com agendamento prévio pela gestão local, com consentimento da Diretoria de Atenção Primária do município.

“A gente fez muitas capacitações nas reuniões... Capacitamos as meninas da limpeza sobre o plano de resíduos, a equipe no geral em relação a vacinas, material biológico, sobre o fluxo da unidade, etc... E nós que bolamos tudo, um ajudando o outro... a gente já fazia algumas coisas, mas o selo permitiu termos mais esse espaço”. (P10)

“Todo o processo houve a EPS. Apesar de ser uma exigência do selo, muitas coisas eram temas do nosso dia-a-dia. Por exemplo: discussão sobre pré-natal, pré-natal do parceiro... eu vi todo esse processo como EPS e essas coisas boas me fizeram até parar de reclamar um pouco do selo. Porque quando começou foi um choque, mas por causa desse processo de educação, eu comecei a ver mais como algo positivo e de aprendizado”. (P01)

As reuniões de equipe foram destacadas como um importante instrumento de planejamento de ações, bem como um espaço para valorização do diálogo, escuta, discussão de casos e trabalho multi e interprofissional, que é constitutivo do trabalho na AB (BRASIL, 2017), mas nem sempre tem espaço para acontecer.

Os entrevistados relataram que as reuniões ocorreram por impulso do selo, pois este determinava que deveriam existir as reuniões de equipe. Apesar do programa instituir esse espaço, não era isso que determinava a qualidade, pois comentaram que as reuniões de equipe, no processo do selo do ano anterior – selo bronze, já eram realizadas. Contudo, não eram reuniões efetivas, sendo que muitas vezes, eram apenas repasse de informes e para servirem de registro em ata para receberem o selo de qualidade.

Houveram muitas mudanças no início do ano, juntamente com a adesão ao processo do selo prata, tais como: a inserção de uma equipe de residentes multiprofissionais em saúde da família, de medicina em MFC e uma nova gestão para a unidade. Portanto, manifestaram que o conjunto desses novos profissionais, a integração entre ensino e serviço, foi fundamental para a qualificação das reuniões de equipe.

Na etapa prata, a que o estudo aborda, referenciaram as reuniões de equipe como um espaço potente de aprendizado e planejamento. As observações também permitiram verificar o quanto as reuniões contribuíram para a construção coletiva do conhecimento, trabalho em equipe, educação no trabalho, reflexão sobre a prática profissional, matriciamento e construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS). Notou-se que esses processos foram mobilizados, sobretudo, pela equipe de residentes.

“A gente (residentes) fez uma proposta de reestruturar as reuniões, com valorização do diálogo, falar sobre processo de trabalho... O selo tem uma proposta de trazer a reunião, de ter registro em ata de reunião, mas não fala como que essas reuniões têm que ser, entendeu? Antes as reuniões tinham uma configuração assim “o sr. João precisa de sonda, vamos fazer uma visita?” e durava quinze minutos. Isso não é reunião de equipe. O que adianta ter reunião, se não tiver a mínima qualidade? E aqui nós fizemos algo muito bacana. Fizemos integração da equipe, planejamento estratégico no território, discussão dos processos de trabalho e matriciamento”. (P02)

“O selo ajudou a impulsionar, a conquistar o espaço da reunião, mas quem deu a cara para a reunião fomos nós (residentes). Uma das equipes se realizou, pois perceberam o quanto são potentes juntos e o selo ajudou, porque se não fosse ele, não teríamos conseguido esse espaço, porque a equipe não era aberta a esse tipo de processo de trabalho”. (P01)

O estudo de Scherer et al (2018) também aponta a reunião como um espaço de planejamento e avaliação das ações realizadas pela equipe da AB. Essas falas evidenciaram o quanto é importante um ambiente democrático, onde os sujeitos

interajam e tenham voz. Ainda, constatou-se na observação diversos momentos de reuniões informais como possibilidade de discussão de caso e de educação, mas sobretudo, o quanto a formalização desse espaço mostra-se como algo importante. Nesse sentido, D'Ávila et al (2012) mostraram que a instituição de um espaço físico apropriado, até mesmo como as pessoas se dispõem, favorece o acontecimento de ações de EPS, permitindo a construção coletiva do conhecimento.

Diante os resultados apresentados, fica claro a importância da integração ensino-serviço, discussão em rodas, educação no trabalho como estratégias de qualificação profissional, consolidação da EPS e transformação das práticas (FERREIRA et al, 2019). Isso só é possível mediante a um trabalho em equipe, ao trabalho interprofissional, que propicia a interação de diferentes saberes e atores no planejamento de projetos e desenvolvimento de ações, tornando os profissionais seres protagonistas do seu processo de trabalho (COSTA et al, 2015).

Os trabalhadores mencionam a grande diferença do modo de gerir o trabalho na etapa do estudo com a do ano anterior, enfatizando a EPS como grande diferencial, especialmente pela contribuição dos residentes. Este agir na saúde que é percebido na micropolítica conduz os profissionais para ações pautadas em tecnologias relacionais para compor a produção do cuidado. Os autores dizem que se isso não ocorre, os profissionais não produzem nada de novo, apenas repetem velhas práticas, porém com novos nomes (FRANCO, MERHY, 2012).

A unidade era dividida em quatro equipes de acordo com a micro área responsável, sendo que cada uma dispunha de um dia da semana para realização das reuniões, que tinha uma duração média de uma hora. Todas foram observadas em pelo menos um momento da coleta de dados e pode-se perceber a heterogeneidade de sua composição, dinâmica de auto-organização e forma de atuação.

O modo como a equipe trabalhava, dependia, do gestor da equipe. Havia gestores preocupados com a gestão do cuidado, o planejamento das ações com foco no cuidado e havia também aquele preocupado, principalmente, com as ações programáticas referentes ao selo, com atitudes hierarquizadas, influenciando na capacidade da equipe de articular-se. Além disso, a gestão da unidade influenciava diretamente na conquista dessa ferramenta, pois viabilizou aos profissionais a utilização desse espaço como estratégia de diálogo e tomada de decisões conjuntas.

“Com as reuniões de equipe a gente conseguiu desenvolver um trabalho em equipe, porque antes era cada um na sua. Em algumas equipes houve um trabalho bem legal, agora tem equipe que foi complicada. A equipe toda já tem uma personalidade forte e um agravante é a coordenação da equipe. A coordenação só faz o que o protocolo manda, o que o selo manda. É muito engessado. Não tem essa flexibilidade. A gestora da equipe falava assim “não vou fazer isso, porque o selo não permite”. Teve um monte de reunião que a gente perdeu a oportunidade de discutir, porque tinha que fazer estratificação. Quando as reuniões tinham o foco no selo, desmotivava muito, porque o foco era na conquista e não no usuário”. (P14)

“A coordenação antiga queria ver produção e resultados, falava que não tinha tempo para reunião. E com essa nova gestão e com o impulso do selo, conseguimos ter o matriciamento, discussão de caso, conseguimos qualificar esse espaço”. (P01)

O desenvolvimento eficaz de uma equipe no contexto da APS e o andamento de propostas de trabalho depende da postura do líder (FARAH et al, 2017). Existem diferentes posturas de líder, como o autocrático, que possuem a centralidade das decisões e o democrático, que acolhe e concede a equipe a possibilidade de tornarem-se protagonistas do cuidado (CHIAVENATO, 2012) e a partir das falas, é possível perceber o quanto sua postura faz diferença no engajamento da equipe e desenvolvimento de ações. Entretanto, apesar do gestor dar a possibilidade e exercer influência para a equipe ser protagonista do cuidado, esta também tem poder de decisão, podendo ser reativa e sair de processos instituídos, em uma linha de fuga da coordenação (FÉLIX, 2017; FRANCO, MERHY, 2012).

Considerando isso, percebe-se a presença do Apoio Institucional, que trata de um método interativo do exercício da gestão, de forma a evitar relações tradicionais gerenciais para valorizar as relações construtivas entre os diversos atores, considerando saberes e papéis distintos (BERTUSSI, 2010; CAMPOS, 2001). Acredita-se que esse tipo de apoio democrático, de planejamento e vivência do trabalho tenha influenciado no resultado do selo e no modo como se estabeleceram as relações.

A facilidade da ocorrência desses encontros não era proveniente somente do perfil do gestor local, pois possivelmente havia também uma intencionalidade. Sabe-se que as unidades de saúde estão sempre subordinadas a alguma forma de dominação e que trabalhadores, incluindo os gestores, se organizam e exercem suas funções de maneira que pareçam naturais e desejáveis, mas que na realidade, estão sempre a serviço de uma instituição controladora (BAREMBLITT, 2002). Cada

profissional é gestor do seu próprio processo de trabalho, que pode exercer sua prática com certo grau de liberdade (GALAVOTE et al, 2016). Contudo, existe uma gestão soberana que move o cotidiano dos trabalhadores, fazendo diferença a partir da forma como ela compreende o mundo e o modelo de atenção.

Outra estratégia referenciada como importante pelos trabalhadores para o processo de trabalho durante o selo prata foram as criações de atendimentos coletivos no formato de grupo. Alguns grupos foram criados para atender a alta demanda, principalmente no que se refere aos pacientes com condições crônicas. Alguns já existiam e outros, a criação foi impulsionada pelo programa e a equipe buscou oferecer qualidade à prática, fazendo do grupo um cuidado interdisciplinar e multiprofissional.

“Algo bem benéfico depois da implantação do selo foi a criação dos grupos e consultas compartilhadas. A gente tinha que atender esses pacientes mais de alto risco, mas não tinha agenda para isso... A gente conseguiu trazer essa população de um modo coletivo e isso amenizou um pouco o fluxo da UBS”. (P16)

“O grupo ajuda a suprir um pouco essa carência... às vezes é um idoso solitário e ali a gente faz várias atividades... no grupo vai o pessoal do NASF, um médico, enfermeiro... um dia eles sugeriram dança, no outro crochê... tivemos o grupo das crianças também, devido à vulnerabilidade delas... isso só veio favorecer, pois essa comunidade, especificamente, preciso disso”. (P06)

O programa previa tecnologias de atenção e cuidado, como por exemplo, com pacientes com condições crônicas e população vulnerável (PARANÁ, 2018a) e a equipe observou esse espaço como uma estratégia que poderia contribuir no cuidado ofertado. Essas ações de promoção de cuidado contribuem para melhora na qualidade de vida, prevenção de doenças físicas e mentais, empoderamento da comunidade, atuando como um dispositivo de convivência e principalmente, permitindo a criação de vínculo dos usuários com a equipe de saúde. O vínculo é recurso de trabalho que têm a potência de afirmar a característica humanitária e fundamental do trabalho em saúde, permitindo uma nova postura dos profissionais e favorecendo a organização de processos coletivos (FRANCO, MERHY, 2003).

Iniciativas assim são consideradas eficazes e de baixo custo, sendo necessário apenas o uso de tecnologias-leve, e ainda, provocam mudanças sociais e culturais, impactando positivamente nos determinantes sociais (SCHENKER, COSTA, 2019). Os grupos de convivência e consultas compartilhadas podem ser

úteis também na diminuição da medicalização e ações fragmentadas (BRUNOZI et al, 2019), contribuindo também para desenvolver autonomia do paciente na sua saúde. Para tanto, para que esses grupos sejam eficazes, devem considerar a necessidade e característica da população, não somente a demanda do programa, o que poderá contribuir para que a população reconheça a unidade de saúde como referência de cuidado (CUNHA, GIOVANELLA, 2011).

Outra estratégia construída, feito exclusivamente para atender a demanda do selo, foram os mutirões de estratificação de risco⁶. Essa foi relatada nas entrevistas por unanimidade e o pesquisador pode participar dessa atividade durante as observações.

Segundo a publicação oficial da SESA (PARANÁ, 2018c, p.2), eram necessárias:

implementar estratificações de risco para gestantes, crianças menores de dois anos e, principais condições crônicas (hipertensos, diabéticos, idosos, saúde mental, saúde bucal, populações expostas aos agrotóxicos) conforme protocolos estabelecidos pela SESA.

Sendo assim, para atender essa alta demanda, foi proposta essa estratégia do mutirão por uma técnica de enfermagem durante uma reunião geral da unidade, a qual foi acatada pela equipe como um dispositivo na tentativa de alcançar a meta estipulada.

Os mutirões foram realizados em momentos nos quais fechavam a unidade: aos finais de semana ou nos momentos reservados para reunião geral, sendo autorizado pela secretaria de saúde do município, devido à participação no programa. Para realizarem essas estratificações, a gestão da unidade desenvolveu um cronograma e roteiro para a equipe se organizar. Cada profissional ficava responsável por uma tarefa, como por exemplo: organização, identificação e atualização dos prontuários; verificação de situação vacinal; realização de todas as estratificações dos grupos já citados pelas informações que constavam nos prontuários; desenvolvimento de plano de cuidado de acordo com a orientação da

⁶ As estratificações de risco fazem parte da proposta do Modelo de Atenção às Condições Crônicas, ao qual o APSUS está vinculado e que são adotados no Estado do Paraná. Os mutirões de estratificação foram feitos para que a equipe pudesse conhecer, sistematizar, organizar e encaminhar os pacientes estratificados como alto risco para a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Na AAE os pacientes com condições crônicas são atendidos de maneira multiprofissional e constrói-se um plano de cuidados para monitoramento e solução de problemas, baseado em diretrizes clínicas, permitindo que a AB e AAE se integrem (MENDES, 2012).

SESA e a inserção de todas as informações em diferentes planilhas de acompanhamento sistemático, de acordo com os grupos.

O desenvolvimento do mutirão teve suas potencialidades e fragilidades e embora existam críticas em relação a importância e aplicabilidade da estratificação de risco, não deixou de ser uma estratégia articulada pela própria equipe, na qual a coordenação buscou valorizar a ideia de um profissional e integrar a todos no andamento da atividade. Ficou evidente que a equipe criou sua própria estratégia para se organizar e atingir o objetivo.

O contraditório se fez presente e ele é inerente ao processo de trabalho. No âmbito da APS, o tempo todo existe essa tensão entre seguir normas, aspectos da burocráticos e a capacidade criativa dos trabalhadores (SANTOS, MISHIMA, MERHY, 2018). Faz parte da dinâmica do trabalho em saúde. A gestão impõe suas formas de verticalizar o trabalho e o profissional usa da sua liberdade de agir para se deixar capturar ou para governar o seu próprio processo. O fluxo da organização do trabalho e de suas relações dependem, sobretudo, do protagonismo dos trabalhadores neste cenário de educação e do cuidado (FRANCO, 2013).

Os profissionais, na micropolítica das relações, podem exercer seu papel pautado na integralidade seguindo uma diretriz burocrática e prescritiva, especialmente nesses momentos de normatizações, numa tentativa de aprisionar o trabalho vivo dos sujeitos, ou podem configurar seu trabalho em tecnologias relacionais. É o processo em ato que irá determinar como isso irá se conformar na gestão do trabalho (FRANCO, MERHY, 2012; MERHY et al, 2014).

No que se refere as potencialidades do mutirão, os profissionais constataram que foram importantes para organização do processo de trabalho e do fluxo da unidade, momento em que puderam desenvolver o trabalho em equipe e ferramenta em que puderam resgatar aqueles pacientes que há um período longo não eram vistos pela equipe de saúde.

“Esses momentos foram importantes para a gente ter um certo controle geral. Consegui organizar meus pacientes e ter mais noção do todo. Tem muito paciente que a gente encontrou, que fazia muito tempo que a gente não atendia e que a gente pode atender de novo, pedir exame, então acho que isso foi um ponto positivo”. (P09)

“No mutirão todo mundo participou junto. Foi um trabalho bem em equipe, sabe? Se fosse para fazer no dia-a-dia iria ficar complicado pela correria. Mas fechar a UBS foi interessante, porque rendemos bastante juntos e deu para organizar bem, fazer as estratificações, os levantamentos e as planilhas de acompanhamento”. (P07)

A principal potencialidade percebida refere-se à mobilização que os trabalhadores fizeram para o desenvolvimento de um projeto comum. Embora o mutirão tenha sido trabalhado na lógica da produtividade, com predominância em resultados quantitativos e cumprimento de metas do programa, pode-se perceber a presença da EPS. Era um esforço constante para lidar com essa realidade, mas a própria equipe articulava-se em um processo coletivo e em outros momentos tentava problematizar e fomentar discussões em grupo sobre o processo de trabalho.

Os espaços que a EPS viabiliza podem ser considerados instrumentos de democratização das relações assimétricas de poder e decisão (BRASIL, 2015b). Nesse sentido, Merhy (2014) destaca que, por vezes, o ambiente de trabalho tenta imobilizar os trabalhadores, mas que é neste próprio ambiente que os profissionais se formam e se desenvolvem. Diante disso, quando a problematização ocorre no coletivo, ela se mostra como uma importante estratégia para o desenvolvimento da aprendizagem, uma vez que favorece a capacidade do indivíduo como agente de transformação no processo da busca de soluções originais para o enfrentamento de problemas (BRASIL, 2015b; FEUERWERKER, 2005).

O processo de reflexão e problematização coletiva permite diferentes compreensões da realidade e os indivíduos com suas diferentes visões, de modo intencional, ampliam sua consciência para transformar a si e a prática. Assim, é possível afirmar que a educação problematizadora expõe a individualidade de cada sujeito, que se manifesta em constante movimento e aprendizado, reconhecendo-o como um ser inconcluso e inacabado, capaz de interferir em uma realidade também inacabada (FREIRE, 2015; VILLARDI, 2015).

Perceber a educação como um agente de mudança proporciona aos profissionais da saúde da família criar estratégias que tornem o trabalho um potente espaço de aprendizado e assim, construir um modelo de atenção pautado na integralidade (SILVA, PEDUZZI, 2011). A disseminação da EPS na APS significa conscientizar o profissional de sua realidade, para que caminhe com mais autonomia para interferir no seu processo de trabalho (WEYKAMP et al., 2016).

Referente às fragilidades, houveram diversos relatos sobre a fragmentação do cuidado, não adequação para a real necessidade da população e a incoerência, em muitos momentos, com a integralidade, pois estratificavam com base em prontuários e elaboravam um plano de cuidados comum para todos, sem ter contato direto com

o paciente. Isso só foi desvelado após a prática das estratificações de risco na rotina dos profissionais e foi discutido em reuniões de equipe, e sobretudo, nos encontros informais.

Por mais que as normas e protocolos sejam importantes e facilite a dinâmica do trabalho, eles não devem limitar a capacidade criativa dos trabalhadores. Embora existam protocolos norteadores, é preciso garantir que o trabalhador tenha espaço para ser inventivo (FELIX, 2017), pois nem todas as realidades se inserem dentro de um padrão, assim como pode ser percebido com o protagonismo dos trabalhadores nos resultados aqui apresentados.

Considerações finais:

As principais estratégias construídas pela equipe que possibilitaram a gestão do trabalho durante o processo de qualificação da APS referiram-se as reuniões gerais e de equipe, trabalho em equipe, atendimentos coletivos no formato de grupos e os mutirões de estratificação de risco. Destaca-se que o processo de trabalho não faz parte somente do programa, mas se entrelaça com a própria rotina da unidade.

São estratégias que se referem a articulação da própria equipe e um movimento de EPS gerado pelos profissionais. O processo do selo possibilitou a reflexão sobre o processo trabalho e mesmo que os profissionais vejam fragilidades no andamento do programa, foi uma grande oportunidade de se pensar como estavam articulando o trabalho e o que poderiam aprimorar.

O processo de qualificação da APS foi um espaço propício para o desenvolvimento da EPS, da capacidade de agir dos profissionais, mas foi preciso estar em constante reflexão e problematização para que não se deixassem capturar pela produtividade e pela lógica hegemônica de condução do trabalho, por vezes, impositiva. O contraditório se fez presente, pois liberdade e captura podem mover-se simultaneamente (FRANCO, 2013).

Destaca-se as estratégias foram fomentadas devido a potencialidade da equipe trabalhando em conjunto e pelo perfil da gestão local. O trabalho coletivo foi o diferencial para as problematizações, sobretudo com influência da Residência. Esses profissionais faziam o movimento do mutirão de estratificação, espaços de diálogos informais e reuniões gerais e de equipe não serem cenários somente de execução de tarefas, mas de planejamento e cuidado. A presença de uma equipe de

Residência no serviço faz toda a diferença, inclusive, para a integração da equipe, pois a forma com que a Residência se articula forma a todos: trabalhador, gestor, residente e o professor apoiador. Acredita-se que os resultados desse estudo não se assemelhariam em outras unidades do Estado participantes do programa, especialmente por essa integração entre o ensino e o serviço.

Outro ponto que merece destaque é a forma de liderança da coordenação, que foi fundamental para a equipe ser produtiva e desenvolver o trabalho em grupo. Mesmo a APS sendo estruturada de forma hierárquica e o selo ser um processo verticalizado, as estratégias construídas pelos profissionais só foram possíveis, pois a equipe de gestão engajou-se em motivar a equipe, em permitir espaços de diálogo e relações mais horizontalizadas.

Diante do exposto, é importante que sejam realizados mais estudos que evidenciem o protagonismo dos trabalhadores, a ocorrência de processos educativos e de mudanças na qualidade do serviço no âmbito da APS.

Referências:

BADUY, R.S.; KULPA, S.; TALLEMBERG, C. A. A.; SEIXAS, C. T.; CRUZ, K. T.; SLOMP JUNIOR, H.; LOPES, C. V. A. **“Mas ele não adere!” – o desafio de acolher o outro que é complexo para mim** In: Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes.1 ed.Rio de Janeiro : Hexis, 2016, v.1, p. 220-227.

BAREMBLITT, Gregório. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática, 5ed., Belo Horizonte, MG: Instituto Felix Guattari, 2002.

BERTUSSI, Débora Cristina. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos e na gestão municipal em saúde**. Rio de Janeiro, 2010. Tese (Doutorado em Clínica Médica)- Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1996/GM/MS** de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº1.645, de 2 de outubro de 2015. **Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de Educação e desenvolvimento para o SUS**. Caminhos da Educação Permanente em Saúde: Polos de Educação permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **O Trabalho como fonte de formação: um movimento em construção no Ministério da Saúde – Agenda 2015 de Desenvolvimento dos Trabalhadores** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 96 p.

BRUNOZI, Naipy Abreu et al. **Grupo terapêutico em saúde mental: percepção de usuários na atenção básica**. Revista Gaúcha de Enfermagem, v.40, 2019.

CAMPOS, G.W.S. **O apoio institucional e a análise de demanda em saúde**. 2001.

CHIAVENATO, Idalberto. **Princípios da Administração - o Essencial em Teoria Geral da Administração**. 2ª ed. *Manole*, 2012.

COSTA, Raphael Raniere de Oliveira et al. **As rodas de conversa como espaço de cuidado e promoção da saúde mental**. Revista de Atenção à Saúde. V.13, n.43, pag. 30-36, janeiro, 2015.

CUNHA, Elenice Machado da; GIOVANELLA, Ligia. **Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro**. Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011.

D'AVILA, Luciana Souza et al. **Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um Estado da Região Sudeste do Brasil**. Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 401-416, fevereiro, 2014.

DELEUZE, G. **Espinosa: filosofia prática**. São Paulo. Ed. Escuta, 2002.

FARAH, Beatriz Francisco et al. **Percepção de enfermeiros supervisores sobre liderança na atenção primária**. Revista Cuidarte, v. 8, n. 2, p. 1638-1655, dezembro, 2017.

FEITOSA, Rúbia Mara Maia et al. **Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Saúde e sociedade, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 821-829, 2016.

FELIX, Sarah Beatriz Coceiro Meirelles. **Momentos e movimentos da implantação de um Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF) em uma cidade do sul do Brasil.** Tese. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2017.

FERREIRA, Lorena et al. **Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura.** Saúde e debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223-239, março, 2019.

FEUERWERKWER, Laura Camargo Macruz. **Educação permanente em saúde: uma mudança de paradigmas.** Olho Mágico, Londrina, v.12, n.3, p.13-20, 2005.

FRANCO, T. B. **O trabalhador de saúde como potência: ensaio sobre a gestão do trabalho.** In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 243-251

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Cartografias do trabalho e cuidado em saúde.** Revista Tempus Actas Saúde Coletiva, v.6, n.2, p. 151-163, 2012.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 59ª edição, 2015.

GALAVOTE, Heletícia Scabelo et al. **A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde.** Saúde e sociedade., São Paulo, v. 25, n. 4, p. 988-1002, dezembro, 2016.

LOPES, Sara Regina Souto et al. **Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde.** Comun Cienc Saude, v.18, n.02, p. 147-155, 2007;

MACHADO, Maria Helena; XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães. **Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios.** Ciências e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1971-1979, 2018.

MARTINS, Joel; BICUDO, Maria Aparecida Viggiani. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos.** São Paulo: Centauro, 2005.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MERHY, E.E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: **Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.** Departamento de Gestão da Educação na Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde) Ver – SUS Brasil: Cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, DGETS, 2004, p.108-137.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO A.C.S.; GOMBERG E. (org.).

Leituras de Novas Tecnologias e Saúde. São Cristóvão: Ed. UFS, 2009, p. 29-56.

MERHY, Emerson Elias. **EPS em Movimento.** Depoimento Emerson Elias Merhy sobre Educação Permanente em Saúde. 2014. (13min00s). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=1SU6kbRw254>. Acesso em: 25 de março de 2020.

MERHY, Emerson Elias et al. **Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde.** Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 52, p. 153-164, 2014.

MOTA, Roberta Rodrigues de Alencar; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizar.** Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v. 23., n.10, p. 122-127, 2015.

PARANÁ. Secretaria de Saúde. **A tutoria na APS.** Curitiba, 2018a. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CadernaATutorianaAPS_2018.pdf

PARANÁ. Secretaria de Saúde. **Oficina APSUS 01 – Guia do tutor. As Redes de Atenção à Saúde no Paraná.** Curitiba, 2018?b Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Oficina1GuiadoTutor.pdf>

PARANÁ. Secretaria de Saúde. **Resolução SESA nº741/2018.** Curitiba, 2018c. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/---_Resolucoes2018/741_18.PDF

SADDI, Fabiana da Cunha et al. **Perceptions and evaluations of front-line health workers regarding the Brazilian National Program for Improving Access and Quality to Primary Care (PMAQ): a mixed-method approach.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n.10, e00202417, 2018.

SANTOS, Debora de Souza; MISHIMA, Silvana Martins; MERHY, Emerson Elias. **Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção.** Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 23, n. 3, p. 861-870, março, 2018 .

SCHENKER, Miriam; COSTA, Daniella Harth da. **Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 24, n. 4, p. 1369-1380, abril, 2019.

SCHERER, Charleni Inês et al. **O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração?** Saúde e debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe2, p. 233-246, outubro, 2018.

SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da; PEDUZZI, Marina. **Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo.** Saúde e sociedade, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 1018-1032, dezembro, 2011.

VIANA, Dirce Laplaca; MARTINS, Cleide Lavieri; FRAZAO, Paulo. **Gestão do trabalho em saúde: sentidos e usos da expressão no contexto histórico brasileiro**. Trabalho, educação e saúde, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 57-78, 2018.

VILLARDI, Marina Lemos; CYRINO, Eliana Goldfarb; BERBEL, Neusi Aparecida. **A problematização em educação em Saúde: percepções dos professores tutores e alunos**. 1ª edição, editora UNESP, São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015.

WEYKAMP, Juliana Marques et al. **Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos profissionais de enfermagem**. Revista de enfermagem da UFSM, v.06, n.02, 2016.

5.4 Manuscrito III

Manuscrito III

Resultados de um processo de qualificação da Atenção Primária à Saúde

Mariana Lectícia Beraldi
Fernanda de Freitas Mendonça

Resumo: Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, do tipo estudo de caso. O objetivo foi analisar os resultados do processo de qualificação da Atenção Primária à Saúde do Estado do Paraná. Trata-se de um programa criado pelo Estado que busca qualificar e certificar as unidades de saúde. Os participantes foram trabalhadores de uma unidade de saúde participante do programa. A coleta de dados foi feita por meio de observação e entrevista semiestruturadas, no período de julho de 2018 até abril de 2019. Os resultados revelaram que o processo resultou em maior apropriação do processo de trabalho, organização do fluxo e acompanhamento sistemático de atividades, resgate de populações negligenciadas e monitoramento da população com condições crônicas. A Educação Permanente em Saúde destacou-se como a metodologia predominante no processo, fato que contribuiu para que as mudanças resultantes do programa fossem significativas para os trabalhadores.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Pesquisa Qualitativa, Educação Permanente em Saúde, Profissionais de Saúde, Política de Saúde.

Results of a Primary Health Care qualification process

Abstract: A qualitative, descriptive, exploratory research, case study type. The aim was to analyze the results of a Primary Health Care qualification process in the state of Paraná. A program created by the state that searches to qualify and certify the health care units. The participants were workers from a health care unit that is part of the program. The data was collected through observation and semi structured interview, from July of 2018 to April of 2019. The results showed better awareness of the work process, organization of patient flow and systematic follow-up of activities, rescue of neglected populations and monitoring of population with chronic diseases. The Continuing Health Education was highlighted as the main methodology in the process, a fact that contributed so that the changes resulting from the process would be significant to the workers.

Key-words: Primary Health Care, Qualitative Research, Continuing Health Education, Health Workers, Health Policy

Introdução:

O Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS) é um programa do governo do Estado do Paraná que visa qualificar e certificar as Unidades de Saúde da Família (USF). Em 2011, o programa iniciou uma série de oficinas para todo o Estado, com o objetivo de alinhar o conhecimento das equipes

com as linhas guias de cuidado estabelecidas pelo Secretaria de Estado de Saúde (SESA) (PARANÁ, 2018).

Uma das propostas do programa era o incentivo da utilização da Educação Permanente em Saúde (EPS) como forma de educação dos profissionais (PARANÁ, 2018). A EPS é a educação no próprio ambiente de trabalho, formulada a partir dos conhecimentos dos profissionais e de sua realidade, pautando-se na problematização, na valorização do diálogo e reflexão sobre a prática para promover mudanças no cotidiano (BRASIL, 2004; 2007).

Em 2014, iniciou-se a segunda etapa do programa, chamada tutoria. A tutoria correspondia a uma aproximação da equipe da Regional de Saúde (RS) com as equipes das UBS, cujo propósito era desenvolver competências e apoiar a equipe das unidades no gerenciamento dos micro e macroprocessos de trabalho. O processo de tutoria é norteado por quatro selos de qualidade: bronze, prata, ouro e diamante. O selo bronze tem o objetivo de aferir o gerenciamento de risco; o prata gerenciamento de processos; o ouro, propõe aferir os resultados para garantir a efetividade das ações produzidas pela a equipe e o diamante, garantir a consolidação do processo de trabalho com excelência na gestão (PARANÁ, 2018). A unidade em estudo participou da segunda etapa da tutoria com o objetivo de ser certificada pelo “selo prata”.

Todos os municípios do Estado aderiram ao programa APSUS, entretanto, a adesão ao processo de tutoria é por unidade de saúde. A tutoria não possui o repasse financeiro por recompensa, como o PMAQ-AB (Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), mas participar de um programa como esse garante visibilidade à unidade, e conseqüentemente, recebe aporte financeiro, o que incentiva o gestor municipal a fazer a adesão ao programa.

O PMAQ-AB criado pelo governo federal em 2011 tinha o objetivo de induzir à ampliação do acesso e à melhoria da qualidade da AB, com garantia de um padrão de qualidade (BRASIL, 2015). No Estado do Paraná, a gestão reuniu alguns instrumentos, como o PMAQ, e criou o “selo da qualidade”. Ambos se constituem em uma ferramenta de gestão para melhoria de qualidade da AB.

Grande parte dos estudos disponíveis em base de dados constituem-se em análise dos resultados oriundos do PMAQ com ênfase em pesquisas quantitativas. Entretanto, poucos são os qualitativos que enfatizam os resultados do processo da participação das equipes, como é o caso dos estudos de Bertusso e Rizzoto (2018),

Moraes e Iguti (2013); Feitosa et al (2016); Flôres et al (2018) e Saddi et al (2018). Diante disso, torna-se relevante investigar os resultados de um processo de qualificação diferente do PMAQ e com uma perspectiva mais qualitativa. Assim sendo, o objetivo foi analisar os resultados do processo de qualificação da APS referentes ao processo de trabalho.

Metodologia:

Este estudo possui caráter descritivo, exploratório e qualitativo. Acredita-se que a pesquisa qualitativa seja capaz de responder o objetivo dessa pesquisa, por se tratar de um estudo que consegue captar a pluralidade das relações sociais em diversos contextos (FLICK, 2013).

Participaram do estudo profissionais atuantes em uma Unidade de Saúde da Família (USF), localizada em um município no norte do Paraná no período da coleta. O cenário da pesquisa corresponde a uma USF nova, com boa estrutura, o que contribuiu para que ela fosse inserida no processo. Ela fica situada à margem da cidade, cujo local apresenta alto nível de vulnerabilidade e desproteção social. Portanto, trata-se de uma área de abrangência com uma população de baixo nível socioeconômico, fato que gera grandes implicações no processo de trabalho da unidade.

Foram utilizadas duas formas complementares de coleta de dados, ambas realizadas pela própria pesquisadora: observação-participante e entrevistas semiestruturadas. A primeira etapa ocorreu no período de julho a outubro de 2018 e a segunda, no período de dezembro de 2018 a abril de 2019.

A observação-participante foi utilizada como uma estratégia para compreender a rotina dos trabalhadores, uma vez que poderia somar às informações advindas das entrevistas e capturar as reais informações do processo. Foi importante, pois permitiu vivenciar períodos da rotina de trabalho da unidade, entender as relações que se estabelecem entre os indivíduos, participar de momentos importantes, como: reuniões de equipe, reuniões gerais, tutorias com a SESA e DAPS e mutirões de estratificações de risco desenvolvidos pelos próprios profissionais.

Esta etapa compreendeu um período de, aproximadamente, 58 horas e contou com um diário de campo para registro das informações relevantes. Durante o processo de observação participaram 49 profissionais, sendo estes: enfermeiros,

médicos de família e comunidade e preceptores, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), auxiliares administrativos, auxiliares de saúde bucal, cirurgião dentista, auxiliares de enfermagem, funcionários de serviços gerais e uma equipe de residentes multiprofissionais de Saúde da Família e médicos residentes de medicina de família e comunidade. Além desses, atuavam em alguns períodos da coleta estagiários de enfermagem e medicina.

A segunda etapa ocorreu por meio das entrevistas semiestruturadas no período de dezembro de 2018 até abril de 2019, após ter sido realizado um teste piloto com um profissional da própria unidade de saúde. Como já havia sido feito a aproximação por meio da observação, o contato para convidar os profissionais foi facilitado e foi feito por meio de um aplicativo de mensagens. As entrevistas foram realizadas na própria unidade de saúde, local onde os trabalhadores atuavam e foram conduzidos em salas disponíveis no momento da coleta.

Para contemplar as perspectivas de todas as categorias profissionais foram selecionados, no mínimo, um profissional de cada classe, totalizando 18 trabalhadores. Foram eles: três enfermeiros, três ACS, um médico da família e preceptor, dois auxiliares de enfermagem, um técnico de gestão pública, um auxiliar de serviços gerais e um residente de diferentes categorias: um cirurgião dentista, um psicólogo, um nutricionista, um educador físico, um fisioterapeuta, um assistente social e um residente de medicina de família e comunidade. Teve-se apenas uma perda, pois um profissional farmacêutico recusou-se a participar da entrevista após ter sido contatado mais de uma vez.

Para preservar a identidade dos participantes, as falas foram identificadas com a letra P (profissionais), seguida de um número (1 a 18). As perguntas feitas para os profissionais que orientaram a discussão foram: 1. Quais foram os resultados desse processo do selo no que se referem às mudanças do processo de trabalho? 2. De que forma essas mudanças impactaram no processo de trabalho? 3. Quais foram os desafios enfrentados durante no trabalho durante o processo do selo?

As informações resultantes de ambas as etapas foram estudadas de acordo com a Análise de Discurso proposta por Martins e Bicudo (2005), que compreendem duas fases: Análise Individual (Ideográfica) e Análise Geral (Nomotética).

Ao final do processo de análise, resultaram eixos temáticos que se referem a alguns dos resultados do processo de qualificação da APS, que são: apropriação e

sistematização do processo de trabalho, conhecimento de populações negligenciadas e acompanhamento sistemático de pacientes com condições crônicas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da instituição à qual está vinculada, sob número do CAAE 03471318.8.0000.5231. Foram respeitados requisitos éticos apontados pelas Normas de Pesquisa em Saúde determinadas pela Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Resultados e discussão:

A partir da análise do material coletado foi possível perceber que a participação no processo do selo possibilitou aos profissionais maior apropriação e organização do processo de trabalho, mais consciência para desenvolver novos arranjos que possibilitem a gestão do trabalho e, conseqüentemente, desenvolvimento de processos de autoanálise e maior adaptabilidade da equipe para enfrentar as mudanças no processo.

“Com o selo, a gente aprende sobre o processo de trabalho e acaba incentivando a gente a estudar um pouco mais sobre determinados assuntos, coisas que já são inerentes ao nosso trabalho, mas deixamos passar” (P02).

“Ajudou a gente a pensar como estava acontecendo nosso processo de trabalho, não se trata só de ganhar o selo, mas de olhar para o processo(...)” (P12).

Tais relatos mostram-se bastante promissores, sobretudo na perspectiva da EPS tendo em vista que tomar conhecimento, se apropriar do espaço do trabalho é fundamental para perceber os incômodos e a partir disso, produzir mudanças. Para Merhy, Feuerwerker e Ceccim (2006), se apropriar da realidade é fundamental para despertar o desejo de mudança, pois faz emergir no sujeito a sensação de incômodo, a percepção de que sua prática não está sendo suficiente para dar conta dos desafios de seu trabalho. Segundo esses autores, o incômodo só pode ser despertado quando ele é percebido, vivido de forma intensa. A vivência e a reflexão sobre as práticas de trabalho são os caminhos ideais para produzir insatisfações e disposição para elaborar alternativas que visem enfrentar os desafios (MERHY, FEUERWERKER, CECCIM, 2006).

Diante disso, a EPS na APS significa conscientizar o profissional de sua

realidade, para que possa ter autonomia para interferir no seu processo de trabalho e contribuir para o papel da APS como ordenadora do cuidado (WEYKAMP et al., 2016).

Importante notar que essa maior apropriação fez com que os trabalhadores produzissem alguns movimentos, tais como a sistematização do processo de trabalho, gerando uma melhor organização dos fluxos, como por exemplo, a implementação de procedimentos operacionais padrões.

“Capacitamos a equipe sobre o que fazer em queda de energia, sobre o procedimento padrão de limpeza disponibilizado pela prefeitura, manejo em caso de acidente com material biológico. Qual é o fluxo que a gente tem? O que temos que fazer? Então o selo trouxe essas coisas para a unidade. São coisas que a gente já até fazia, mas que talvez a equipe não tinha essa visão de o que fazer nessas situações. Então nós mesmos desenvolvemos essas capacitações, a gente que montou”. (P10)

Feitosa et al (2016), em um estudo referente ao PMAQ, também apontam mudanças realizadas na unidade após a implementação do programa no que se refere à organização do processo de trabalho.

Para que a organização do processo de trabalho se adeque à realidade dos profissionais e das necessidades de saúde da população é fundamental que a EPS seja o eixo estruturante. Tanto no PMAQ, quanto no processo de tutoria/selo, a EPS é colocada como estrutura transversal no desdobramento da melhoria da qualidade do trabalho, pois as mudanças citadas acima se desenvolvem quando os atores responsáveis, trabalhadores e tutores, intervêm com reflexões e ações para instituir práticas transformadoras (ALMEIDA et al, 2019; BRASIL, 2017; PARANÁ, 2018).

Destaca-se que o processo de tutoria, somado a motivação da coordenação, possibilitou a valorização de processos que organizam o trabalho e o envolvimento da equipe, contribuiu para enfrentar o desafio de se trabalhar com os diferentes saberes de modo coletivo (BERTUSSO, RIZZOTO, 2018).

Quando se valoriza o coletivo, há um favorecimento para que ocorram práticas de saúde resolutivas, além de fornecer mais subsídios para a mudança dessas práticas (FERRAZ, VENDRUSCOLO, MARMETT, 2014; FEUERWERKER, 2005).

O processo de reflexão e problematização coletiva permite diferentes compreensões da realidade e os indivíduos com suas diferentes visões, de modo intencional, ampliam sua consciência para transformar a si e a prática. Assim, é

possível afirmar que a educação problematizadora expõe a individualidade de cada sujeito, que se manifesta em constante movimento e aprendizado, reconhecendo-o como um ser inconcluso e inacabado, capaz de interferir em uma realidade também inacabada (FREIRE, 2015; VILLARDI, 2015).

Segundo Lazarini e Francischetti (2010) práticas que envolvem a EPS permitem compartilhamento de saberes, crescimento pessoal e profissional, uma vez que essa ferramenta de aprendizado é baseada em metodologias ativas e não em transmissão de informação, pois os indivíduos são protagonistas do conhecimento e se atualizam diariamente no próprio ambiente de trabalho (CECCIM, 2005b; SCHWEICKARDT et al., 2015).

A organização do processo de trabalho resultou em um outro resultado relevante, que se refere a visibilidade das populações negligenciadas. Com a estratificação de risco que o programava solicitava, construção de planilhas para a sistematização das informações, entre outras práticas, foi possível atentar-se a uma parcela de indivíduos que muitas vezes não são vistos na unidade.

Os trabalhadores relataram que o instrumento do selo permitiu dar visibilidade para a população que habitava na área rural, população usuária de álcool e drogas, com problemas de saúde mental e até mesmo, com a organização dos prontuários e planilhas, foi possível identificar pacientes que não utilizavam o serviço há um longo período de tempo.

“Tem muito paciente que a gente viu que não atendia fazia tempo e a gente pode atender, pedir exame se fosse necessário... acho que isso foi um ponto positivo que a gente conseguiu encontrar muitas pessoas perdidas”. (P09)

“O selo ajudou a gente a olhar para a população que está em contato direto com agrotóxico. Porque aqui é uma área que usa muito, mas a gente nem sabia da importância disso”. (P11)

“Foi trabalhado com a questão de álcool e droga, saúde mental, que era uma coisa que não era muito vista. Então foi feito busca. Foi bacana, porque esses pacientes acabam passando despercebidos. Então, acho que essas planilhas e esses controles dão visibilidade para essas pessoas” (P03).

As unidades de saúde muitas vezes priorizam atender as demandas espontâneas, mas não conseguem organizar suas ações e como consequência, os profissionais limitam-se a atender sempre as mesmas pessoas, mas aquele indivíduo “desconhecido” é negligenciado. Como é o caso da população rural, que

sofre entraves do cuidado pela APS, por enfrentar iniquidades de acesso geográfico (GARNELO et al, 2018).

Esse novo olhar para a população rural e usuários de álcool e droga também revelou medo na equipe por não estar preparada para cuidar desses casos, pois levantaram a demanda e sistematizaram, mas não sabiam como manejá-la. A partir disso, a equipe disparou momentos de matriciamento e EPS para se apropriarem e terem conhecimento do cuidado com essas populações.

A ideia é que com o selo se atinja uma maior diversidade da população, de modo a garantir acesso a todos. Sabe-se que não se trata de uma tarefa fácil, pois a realidade do cotidiano é complexa e inúmeras situações são apresentadas na rotina do trabalhador da saúde, que precisa se articular para buscar ações resolutivas. A partir disso, percebe-se a grande necessidade em formar e fortalecer equipes multiprofissionais sendo vistas não como algo secundário, mas como centralidade para a gestão e cuidado à saúde (CECCIM, 2005).

Posto isso, é correto afirmar que a EPS necessita permear o cenário da APS e servir para consolidar a ESF, pois contribui para qualificar o conhecimento dos profissionais, organizar o processo de trabalho, integrar a equipe como um todo e orientar na condução dos atributos da APS: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação (FERREIRA et al., 2019).

Por último, um dos resultados do programa, resultante também de toda organização do processo de trabalho e sistematização de algumas atividades, foi o acompanhamento de pacientes com condições crônicas. O selo propiciou um melhor acompanhamento programático com pacientes, principalmente com doenças crônicas, para que eles não fiquem desamparados.

...a proposta do selo de estratificação de risco de hipertenso, de diabético, de saúde mental, de idoso né... eu acho que isso foi muito interessante, porque a gente atendia hipertenso, diabético em uma situação sem uma rotina, sem um cronograma. Era igual para todo mundo. (P10).

Desde as oficinas, quando o APSUS foi implementado, um dos grandes objetivos era identificar a população e estratificar com o intuito de planejar o cuidado e ofertar uma melhor assistência (PARANÁ, 2018). Embora haja a peculiaridade de cada região dentro do município, a transição do perfil epidemiológico está ocorrendo em todos os lugares, portanto faz-se necessário organizar o serviço e preparar a equipe para atender essas condições (NEVES et al, 2018). Nem sempre a proposta

do selo é a ideal para a realidade, mas no mínimo, ela desperta o olhar nos trabalhadores para que eles se atentem a essa demanda.

O cuidado com condições crônicas implica na atuação de um trabalho multiprofissional e em um processo de EPS, com vistas a superar a concentração em consultas médicas (MENDES, 2012). O serviço precisa se organizar, acompanhar essa população para que possa evitar que em algum momento o quadro se agudize, trabalhando no sentido da prevenção e promoção da saúde, como ocorreu com o cenário da saúde mental.

De nada adianta a estabelecer todo esse processo, se aquilo que for bom não tiver continuidade. A APS é complexa e requer cuidado com grupos prioritários, mas os trabalhadores precisam assumir a rotina de reflexão e diálogo como centralidade do cuidado e tomada de decisões, não somente entre os profissionais, mas principalmente com os usuários (TEIXEIRA et al, 2014).

Muito mais do que seguir padrões e protocolos, os processos de avaliação, seja o selo ou o PMAQ necessitam focalizar em metodologias ativas, sobretudo a EPS (TEIXEIRA et al, 2014). Quando um trabalhador faz apenas o que está na norma, ele só reproduz, mas não contribui para o mundo. Um protocolo pode ser norteador e efetivo, mas cada pessoa e lugar é único, com diferentes possibilidades e um dos grandes objetivos da EPS é fazer com que a os trabalhadores tenham papel ativo em sua saúde.

As mudanças no processo do trabalho foram significativas para a equipe e com conseqüente organização do atendimento para a população. Destaca-se que estas mudanças não foram motivadas unicamente para se alcançar as metas, mas pelo desejo dos trabalhadores de transformarem suas práticas e utilizarem o processo de avaliação com uma possibilidade de rever suas práticas.

Considerações finais:

Este manuscrito apresenta os principais resultados referentes ao processo de trabalho indicados pelos profissionais participantes do APSUS. Estes constituem-se em maior apropriação sobre o processo de trabalho, organização do fluxo e sistematização de atividades, resgate de populações negligenciadas e maior conhecimento dos pacientes com condições crônicas.

O processo do selo é permeado por práticas e condutas pautadas em padrões e protocolos, entretanto, observou-se pelas falas que a sensibilização da

equipe juntamente com o processo de tutoria da regional de saúde produziu na equipe um movimento de análise em relação ao processo de trabalho, ou seja, a EPS foi uma metodologia predominante no processo.

É importante a implementação de momentos de EPS para que os profissionais não se deixem capturar pelo cotidiano de suas rotinas e consigam dar mais sentido em sua prática. Deste modo, a EPS deve atuar como estratégia para orientar a qualificação do processo de trabalho e conduzir as transformações de acordo com as necessidades de cada local, de modo a desenvolver a autonomia nos profissionais para que atuem de modo coletivo, com ações de reflexão e problematização.

Destaca-se como limitação do estudo a composição diferenciada da equipe e o fato de ser uma unidade nova, estruturada, pois em outras unidades do município, com recursos humanos deficientes e escassa estrutura física, possivelmente encontrariam outras dificuldades em participar do programa e os resultados do processo de qualificação seriam divergentes.

Referências:

ALMEIDA, Thiala Maria Carneiro et al. **Planejamento e desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde na perspectiva do PMAQ-AB**. Saúde e debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe1, p. 77-85, agosto, 2019.

BERTUSSO, Francielle Regina; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **PMAQ na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná**. Saúde e debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. 117, p. 408-419, junho, 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Brasília (DF), 2012. **Resolução 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em:

http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da gestão em educação na saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Portaria nº 198/GM/MS** de 13 de fevereiro de 2004. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1996/GM/MS** de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. Portaria Nº 1.645, DE 2 de outubro de 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) - Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 - 2016)**. Brasília, DF: MS; 2017.

CECCIM, Ricardo Buges. **Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário**. Interface – comunicação, saúde, educação, Botucatu, v.9, n.16, p.161-177, 2005.

FEITOSA, Rúbia Mara Maia et al. **Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Saúde e sociedade. São Paulo, v. 25, n. 3, p. 821-829, setembro, 2016.

FERRAZ, Lucimare; VENDRUSCOLO, Carine; MARMETT, Sara. **Educação Permanente na Enfermagem: uma revisão integrativa**. Revista Baiana de Enfermagem, v. 28, p.196-207, 2014.

FERREIRA, Lorena et al. **Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura**. Saúde e debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223-239, março, 2019.

FEUERWERKWER, Laura Camargo Macruz. **Educação permanente em saúde: uma mudança de paradigmas**. Olho Mágico, Londrina, v.12, n.3, p.13-20, 2005.

FLICK, Uwe. **Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes**. Porto Alegre, Penso, 2013.

FLÔRES, Gabriela Mendes da Silva et al. **Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB**. Saúde em Debate, v. 42, n. 116, p. 237-247, 2018.

GARNELO, Luiza et al. **Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil**. Saúde em Debate, v.42, n. spe 01, 2018.

MARTINS, Joel.; BICUDO, Maria Aparecida. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Centauro, 2005.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Carmargo Macruz; CECCIM, Ricardo Burg. **Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud**. Salud colectiva, Lanús, v. 2, n. 2, p. 147-160, agosto, 2006.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MORAES, Paulo Navarro de; IGUTI, Aparecida Mari. **Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do**

PMAQ-AB. Saúde e debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 416-426, setembro, 2013.

NEVES, Rosália Garcia et al. **Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.34, n. 4, 2018.

PARANÁ. Secretaria de Saúde. **A tutoria na APS.** Curitiba, 2018. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CadernaATutorianaAPS_2018.pdf

SADDI, Fabiana da Cunha et al. **Perceptions and evaluations of front-line health workers regarding the Brazilian National Program for Improving Access and Quality to Primary Care (PMAQ): a mixed-method approach.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 10, 2018.

TEIXEIRA, Mirna Barros et al. **Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.** Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 52-68, outubro, 2014.

WEYKAMP, Juliana Marques et al. **Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos profissionais de enfermagem.** Revista de enfermagem da UFSM, v.06, n.02, 2016.

6 Considerações Finais

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desse estudo revelaram os principais reflexos referentes ao processo de qualificação da APS no processo de trabalho. São eles: a valorização de processos burocráticos em detrimento do cuidado, o grande desgaste físico e mental dos profissionais e a aplicação desse processo de avaliação quantitativo e prescritivo que não é capaz de olhar para o subjetivo, para as peculiaridades da unidade de saúde, da população assistida e dos profissionais.

Embora os resultados apontem fragilidades em relação à participação do processo qualificação da APS, potencialidades foram apresentadas no que se refere ao trabalho em equipe, que foi fomentado durante a participação do selo e a oportunidade de se refletir sobre a prática profissional, sobre as condutas e os reflexos desse processo na rotina dos trabalhadores. Revelaram também maior percepção sobre o processo de trabalho, organização do fluxo e sistematização de atividades, resgate de populações negligenciadas e maior conhecimento dos pacientes com condições crônicas.

A EPS constituiu-se como grande aliada aos profissionais para embasar sua prática. Mostrou-se como importante ferramenta adotada no processo de qualificação, principalmente no que se refere à problematização das questões levantadas pelo programa. Apesar do processo do selo ser repleto de orientações prescritivas, a equipe de saúde, em muitas ocasiões, conseguiu refletir e dar novos significados às atribuições. Mesmo que não fosse possível colocar em prática, o fato de refletir sobre o processo de trabalho pode gerar oportunidades de modificar o cuidado prestado.

A partir da EPS, foi possível articular estratégias que possibilitassem a gestão do trabalho durante o processo do selo. As estratégias referiram-se as reuniões gerais e de equipe, trabalho em equipe, atendimentos coletivos em formato de grupos para cuidado com os pacientes e os mutirões de estratificação de risco. O processo de qualificação da APS foi um espaço propício para o desenvolvimento da EPS, mas foi preciso estar em constante reflexão e problematização para que os profissionais não se deixassem capturar pela produtividade e pela lógica hegemônica de condução do trabalho, por vezes, verticalizada.

Destaca-se que os resultados do processo e as estratégias construídas foram fomentadas devido a potencialidade da equipe trabalhando em conjunto. O trabalho

em equipe foi o diferencial para as problematizações, sobretudo com influência da residência. O formato de liderança na unidade de saúde também foi fundamental para o modo de organização da unidade e fomentar o trabalho em equipe. Mesmo a APS sendo estruturada de forma hierárquica e o selo ser um processo verticalizado, as estratégias construídas pelos profissionais só foram possíveis, pois a equipe de coordenação engajou-se em motivar a equipe, em permitir espaços de diálogo e relações mais horizontalizadas.

Uma das limitações do estudo, porém também grande potência e diferencial, foi a composição diferenciada da equipe e o fato de ser uma unidade nova, estruturada. Em outras unidades do município, com recursos humanos deficientes e escassa estrutura física, possivelmente encontrariam outras dificuldades em participar do programa e os resultados do processo de qualificação poderiam destoar dos apresentados neste trabalho. Por isso, recomenda-se que estudos sejam feitos com outras realidades.

O processo de observação-participante foi fundamental para dar suporte nas reflexões feitas nesse estudo. As entrevistas mostraram-se como excelente recurso para captar a percepção dos profissionais acerca do processo, porém a observação permitiu ao pesquisador adentrar à realidade dos profissionais e perceber como o processo do selo se estabelecia no dia-a-dia dos trabalhadores.

Com base em todos os resultados foi possível perceber que o programa de qualificação é potente, principalmente para nortear e organizar o processo de trabalho. Contudo, deve-se cuidar para os trabalhadores não sejam capturados por metodologia tradicionais, impositivas e pela lógica da produção. A burocracia é importante para sistematizar e organizar, facilita e otimiza o processo de trabalho, mas ela não pode ser mais importante do que as relações com as pessoas e a centralidade do usuário. A fragilidade precisa existir para que se possa cuidar dela e a EPS mostrou-se como uma ferramenta importante para sair dessa captura e do processo
hegemônico.

Referências

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, T. M. et al. Planejamento e desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde na perspectiva do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 1, p. 77-85, 2019.
- ALVES, P. B. et al. A construção de uma metodologia observacional para o estudo de crianças em situação de rua: criando um manual de codificação de atividades cotidianas. *Estud. Psicol (Natal)*, v. 4, n.2, p. 289-310, 1999.
- ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L. P. **Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula**. 10. ed. Joinville: Univille, 2012.
- ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- ANTUNES, A. B. Educar para transformar. In: SEMANA PAULO FREIRE ONLINE. **50 anos da Pedagogia do Oprimido**. Local: Instituto Paulo Freire, 2018.
- ARRUDA, C. A. M.; BOSI, M. L. M. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. **Interface**, v. 21, n. 61, p. 321-332, 2017.
- AUSUBEL, D. P. **Psicología educativa: un punto de vista cognoscitivo**. México: Trillas, 1976. 769 p.
- AUSUBEL, D. P.; NOVAK, J. D.; HANESIAN, H. *Psicologia Educacional*. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.
- BADUY, R. S. et al. “Mas ele não adere!” - o desafio de acolher o outro que é complexo para mim. In: **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes**. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 220-227.
- BADUY, R. S. **Gestão municipal e produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento**. 2010. 191 f. Tese (Doutorado em Clínica Médica) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2010.
- BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 5. ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2002.
- BERTUSSI, D. C. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos e na gestão municipal em saúde**. 2010. 234f. Tese (Doutorado em Clínica Médica) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2010.
- BERTUSSO, F. R.; RIZZOTTO, M. L. F. PMAQ na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 117, p. 408-419, 2018.
- BRANDÃO, C. R. **Paulo Freire: educar para transformar**. 2005. Disponível em: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Brasil/ipf/20130619042331/Freire.pdf>. Acesso em: 29 nov de 2019.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: **Diário Oficial da União**, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da gestão em educação na saúde. **Portaria nº 198/GM/MS, de fevereiro de 2004**. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.645, de 2 de outubro de 2015**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) - Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 - 2016)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de Educação e desenvolvimento para o SUS**. Caminhos da Educação Permanente em Saúde: Polos de Educação permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **EducarSUS: Notas sobre o Desempenho da Gestão da Educação na Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – Práticas educativas no cotidiano do trabalho em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRUNOZI, N. A. et al. Grupo terapêutico em saúde mental: percepção de usuários na atenção básica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, e20190008, 2019.

CAMPOS, G. W. S. **O apoio institucional e a análise de demanda em saúde**. 2001.

CARDOSO, I. M. "Rodas de educação permanente" na atenção básica de saúde: analisando contribuições. **Saúde e Sociedade**, v. 21, supl. 1, p. 18-28, 2012.

CARVALHO, A. L. B. et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 901-911, 2012.

CARVALHO, B. G.; LIMA, J. V. C., BADUY, R. S. Movimentos, encontros e desencontros da produção da Residência Multiprofissional de Saúde da Família. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 229 - 250.

CARVALHO, M. S.; MERHY, E. E; SOUSA, M. F. Repensando as políticas de Saúde no Brasil: Educação Permanente em Saúde centrada no encontro e no saber da experiência. **Interface**, v. 23, e190211, 2019.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005b.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005a.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECILIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface**, v. 15, n. 37, p. 589-599, 2011.

CHIAVENATO, I. **Princípios da Administração** - o Essencial em Teoria Geral da Administração. 2. ed. Local: Manole, 2012.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

CONTERNO, S. F. R.; LOPES, R. E. Inovações do século passado: origens dos referenciais pedagógicos na formação profissional em saúde. **Trabalho, educação e saúde**, v. 11, n. 3, p. 503-523, 2013.

COSENZA, U. **Paulo Freire: educar para transformar**. 20--. Disponível em: <http://www.projetomemoria.art.br/PauloFreire/biografia/index.jsp>. Acesso em: 07 abr. 2019.

COSTA, M. V. et al. Pró-Saúde como espaços de educação interprofissional. **Interface**, v. 19, supl 01, p. 709-720, 2015a.

COSTA, R. R. O. et al. As rodas de conversa como espaço de cuidado e promoção da saúde mental. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 13, n. 43, p. 30-36, 2015b.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011.

D'AVILA, L. S. et al. Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos

de família de um Estado da Região Sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 401-416, 2014.

DELEUZE, G. **Espinosa: filosofia prática**. São Paulo: Escuta, 2002.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise de Implantação. In: HARTZ, Z. M. A. (Orgs.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p.

DOMINGOS, C. M. **A Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde**. 2012. 129 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2012.

FARAH, B. F. et al. Percepção de enfermeiros supervisores sobre liderança na atenção primária. **Revista Cuidarte**, v. 8, n. 2, p. 1638-1655, 2017.

FEITOSA, R. M. M. et al. Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 821-829, 2016.

FÉLIX, S. B. C. M. Momentos e movimentos da implantação de um núcleo de apoio à saúde da família (NASF) em uma cidade do sul do Brasil. 2017. 172f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2017.

FERRAZ, L.; VENDRUSCOLO, C.; MARMETT, S. Educação Permanente na Enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 28, n. 2, p.196-207, 2014.

FERREIRA, L. et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 223-239, 2019.

FEUERWERKWER, L. C. M. Educação permanente em saúde: uma mudança de paradigmas. **Olho Mágico**, v. 12, n. 3, p. 13-20, 2005.

FLICK, U. **Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes**. Porto Alegre: Penso, 2013.

FLÔRES, G. M. S. et al. Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 237-247, 2018.

FONSECA, A. A. **Ensinar exige bom senso: Pedagogia da Autonomia**, Paulo Freire. 2016. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=RfDQotFcUwI>. Acesso em: 14 dez. 2018.

FONSECA, A. A. **Ensinar exige criticidade: Pedagogia da Autonomia**, Paulo Freire. 2015a. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=OTXx4lpzbgo&list=PL0k4Oibql6p6dqDjVxxt-HwrtzzimNyn&index=9>. Acesso em: 25 nov. 2018.

FONSECA, A. A. **Não há docência sem discência: Pedagogia da Autonomia**, Paulo Freire. 2015b. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=8KupomiwEA4&list=PL0k4Oibql6p6dqDjVxxt-HwrtzzimNyn&index=5>. Acesso em: 22 nov. 2018.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

- FONTELLES, M. J. et al. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista Paraense de Medicina**, v. 23, n. 03, p. 1-8, 2009.
- FRANCO, T. B. MERHY, E. E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: FRANCO, T. B. MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 151-171.
- FRANCO, T. B. O trabalhador de saúde como potência: ensaio sobre a gestão do trabalho. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 59. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.
- FREIRE, R. C. **As ações programáticas no projeto saúde todo dia**: uma das tecnologias para a organização do cuidado. 2005. 120 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2005.
- GADOTTI, M. A polifonia de Freire contra o pensamento único. In: SEMANA PAULO FREIRE ONLINE. **50 anos da Pedagogia do Oprimido**. ed. Local: Instituto Paulo Freire, 2018.
- GADOTTI, M. **Educação e poder**: introdução à pedagogia do conflito. 8. ed. São Paulo: Cortez; 1988.
- GALAVOTE, H. S. et al. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 4, p. 988-1002, 2016.
- GARNELO, L. et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 1, p. 81-99, 2018.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- KLEBA, M. E.; COMERLATTO, D.; COLLISELLI, L. Promoção do empoderamento com conselhos gestores de um pólo de educação permanente em saúde. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 335-342, 2007.
- KRUMMENAUER, W. L.; COSTA, S. S. C.; SILVEIRA, F. L. Uma experiência de ensino de física contextualizada para a educação de jovens e adultos. **Ensaio Pesquisa em Educação e Ciências**, v. 12, n. 2, p. 69-82, 2010.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.
- LAZARINI, C. A.; FRANCISCHETTI, I. Educação permanente: uma ferramenta para o desenvolvimento docente na graduação. **Revista brasileira de educação médica**, v. 34, n. 4, p. 481-486, 2010.
- LEITE, J. L. Produtivismo acadêmico e adoecimento docente: duas faces da mesma moeda. In: FERREIRA, A. et al. (Orgs.). **Precarização do Trabalho e Saúde**

Docente nas Universidades Públicas Brasileiras. Fortaleza: EdUECE, 2015. p. 72-79.

LEMOS, C. L. S. **A concepção de educação da política nacional de educação permanente em saúde.** 2010. 158 f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal de Goiás, Goiás. 2010.

LEMOS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 913-922, 2016.

LOPES, S. R. S. et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 18, n. 2, p. 147-155, 2007.

LUCKESI, C. C. **Filosofia da educação.** São Paulo: Cortez, 1990.

MACKEY, A.; GASS, S. **Second language research: methodology and design.** New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 2005. 405 p.

MALTA, D. C. et al. Family Health Strategy Coverage in Brazil, according to the National Health Survey, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde - revendo alguns conceitos. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 7, n. 1, p. 61-66, 2003.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface**, v. 14, n. 34, p. 593-606, 2010.

MARCONI, M.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados.** 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos.** São Paulo: Centauro, 2005.

MARTINS, M. L. **Paulo Freire: muito além da técnica em educação.** 2015.

Disponível em:

http://www.educacaopublica.rj.gov.br/biblioteca/educacao/0069_01.html. Acesso em: 27 jan de 2020.

MAZZOTTI, A. J. A.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa.** São Paulo: Pioneira, 1998.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 2, p. 1-3, 2018.

MERHY, E. E. Dispositivos de gestão hospitalar: fortalecendo os hospitais e as redes de cuidado. In: **Multidão de EUS**: o cuidado da vida e os movimentos de resistência. Londrina, 2019.

MERHY, E. E. Educação Permanente em Movimento - uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em Redes**, v. 1, n. 1, p. 7-14, 2015.

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

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

MERHY, E. E. **EPS em Movimento**: Depoimento Merhy. 2014. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=1SU6kbRw254>. Acesso em: 05 maio 2019.

MERHY, E. E. et al. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde em Debate*, v. 43, n. esp 6, p. 70-83, 2019.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e Educação na Saúde. **Ver - SUS Brasil**: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO A. C. S.; GOMBERG E. (Orgs.). **Leituras de Novas Tecnologias e Saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p. 29-56.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. **Salud Colectiva**, v. 2, n. 2, p. 147-160, 2006.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 316 - 323, 2003.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPJV; 2006.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. S. Educação Permanente em Saúde: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, 2008.

MORAES, P. N.; IGUTI, A. M. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 98, p. 416-426, 2013.

MOTA, R. R. A.; DAVID, H. M. S. L. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizar. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 23., n. 10, p. 122-127, 2015.

MUROFUSE, N. T. et al. Diagnóstico da situação dos trabalhadores em saúde e o processo de formação no polo regional de educação permanente em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 314-320, 2009.

NEVES, R. G. et al. Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, e00072317, 2018.

OLIVEIRA, F. M. C. S. et al. Educação Permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem. **Revista Aquichan**, v. 11, n. 1, p. 48-65, 2011.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 1, p. 158-164, 2013.

OLIVEIRA, V. G. et al. Medicina de Família e Comunidade: breve histórico, desafios e perspectivas na visão de discentes de graduação. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 30, p. 85-88, 2014.

PARANÁ. Prefeitura de Londrina. **Residência em Medicina de Família e Comunidade** – História. 2020. Disponível em: http://www1.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=31583:historia&catid=9:saude&Itemid=2442. Acesso em: 02 fev de 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **A tutoria na APS**. 2018. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CadernaATutorianaAPS_2018.pdf. Acesso em: 02 fev de 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Cartilha tutoria**. 2015. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CartilhaTutoria2015.pdf>. Acesso em: 02 fev de 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Manual para implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na atenção primária à saúde e no centro de especialidades do Paraná**. 2017. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Manual_Implantacao_do_MACC.pdf. Acesso em: 02 fev de 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Oficina APSUS 01** – Guia do tutor. As Redes de Atenção à Saúde no Paraná. 2018b. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Oficina1GuiadoTutor.pdf>. Acesso em: 02 fev de 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Resolução SESA N° 167/2016**. Diretrizes do Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais

de Saúde - COMSUS. 2016. Disponível em:

http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Resolucoes2016/167_16.pdf. Acesso em: 28 jan de 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Resolução SESA nº 0172/2011**. Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do Sistema Único de Saúde do Paraná. 2011. Disponível em:

<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/RESOLUCAO1722011.pdf>. Acesso em: 28 jan de 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Resolução SESA nº741/2018**. Institui e regulamenta a Tutoria como Processo de Qualidade na Atenção Primária em Saúde (APS) do Estado do Paraná. 2018c. Disponível em:

http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/---_Resolucoes2018/741_18.PDF. Acesso em: 28 jan de 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Tutoria na APS – instrumento de qualidade na APS**. 2018d. Disponível em:

http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Instrumento_Selo_Prata_2018.pdf. Acesso em: 31 março de 2020.

PARO, C. A.; VENTURA, M.; SILVA, N. E. K. Paulo Freire e o inédito viável: esperança, utopia e transformação na saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 1, e0022757, 2019.

PINHEIRO, G. E. W.; AZAMBUJA, M. S.; BONAMIGO, A. W. Facilidades e dificuldades vivenciadas na Educação Permanente em Saúde, na Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 4, p. 187-197, 2018.

QUEIROZ, D. M.; SILVA, M. R. F.; OLIVEIRA, L. C. Educação Permanente com Agentes Comunitários de Saúde: potencialidades de uma formação norteada pelo referencial da Educação Popular e Saúde. **Interface**, v. 18, supl. 2, p. 1199-1210, 2014.

REICHERT, A. P. S. et al. Vínculo entre enfermeiros e mães de crianças menores de dois anos: percepção de enfermeiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2375-2382, 2016.

RIZZOTTI, M. L. A.; CORDEIRO, S. M. A.; PASTOR, M. **Gestão de políticas sociais**: território usado, intersetorialidade e participação. Londrina, EDUEL, 2017.

SADDI, F. C. et al. Perceptions and evaluations of front-line health workers regarding the Brazilian National Program for Improving Access and Quality to Primary Care (PMAQ): a mixed-method approach. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 10, 2018.

SALCI, M. A. et al. O programa de avaliação da atenção básica na ótica dos profissionais de saúde e gestores. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 20, n. 1, e33980, 2019.

SCARTEZINI, L. M. B. **Análise e melhorias de processos**. 2009. Disponível em: <<http://siseb.sp.gov.br/arqs/GE%20B%20-%20An%C3%A1lise-e-Melhoria-de-Processos.pdf>>. Acesso em: 27 nov de 2019.

SCHENKER, M.; COSTA, D. H. Avanços e desafios da atenção à saúde da

população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1369-1380, 2019.

SCHERER, C. I. et al. O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração? **Saúde em Debate**, v. 42, n. 2, p. 233-246, 2018.

SCHWEICKARDT, J.; LIMA, R. T. S. L.; CECCIM, R. B. **Educação permanente em gestão regionalizada da saúde: saberes e fazeres no território do Amazonas**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

SILVA, A. T. C. et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 11, p. 2076-2084, 2012.

SILVA, J. A. M.; PEDUZZI, M. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 1018-1032, 2011.

SILVA, J. A. M.; PEDUZZI, M. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 1018-1032, 2011.

SILVA, K. L. et al. Análise dos discursos referentes à educação permanente em saúde no Brasil (1970 A 2005). **Trabalho, educação e saúde**, v. 17, n. 2, e0019222, 2019.

SILVA, L. A. A. et al. Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 3, p. 557-561, 2010.

SILVA, L. M. V. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. 110 p.

TEIXEIRA, M. B. et al. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde em Debate**, v. 38, n. especial, p. 52-68, 2014.

VILLARDI, M. L.; CYRINO, E. G.; BERBEL, N. A. **A problematização em educação em Saúde: percepções dos professores tutores e alunos**. 1. ed. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015.

WEYKAMP, J. M. et al. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos profissionais de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 6, n. 2, p. 281-289, 2016.

Apêndices

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“GESTÃO DO TRABALHO DURANTE UM PROCESSO DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa **“GESTÃO DO TRABALHO DURANTE UM DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”**, a ser realizada na Unidade Básica de Saúde Padovani. O objetivo da pesquisa é **“ analisar as estratégias de gestão do trabalho adotadas por profissionais da saúde no processo de qualificação da Atenção Primária à saúde”**. Sua participação é muito importante e ela se dará da seguinte forma – entrevista com perguntas abertas sendo esse processo gravado.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade (Após o processo de análise dos dados o material gravado e transcrito será destruído).

Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados são a oportunidade de refletir sobre a prática profissional e conhecer novas estratégias de gestão do trabalho. Os possíveis riscos que o participante poderá ter com a pesquisa são: ocupar tempo do entrevistado ao responder a entrevista, risco de divulgação de dados e imagem, desconforto ao responder o questionário e ao ser observado pelo pesquisador, cansaço ao responder as perguntas e constrangimento durante a gravação de imagem e áudio. Estes serão os possíveis riscos, entretanto o pesquisador estará atento a possíveis sinais verbais e não verbais de desconforto durante a gravação, podendo ela ser interrompida a qualquer momento; irá acordar previamente um horário com o entrevistado de modo que não prejudique sua agenda de trabalho; minimizará desconfortos garantindo local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras; assegurará a confidencialidade de falas, identidade pessoal e categoria profissional, bem como a proteção de imagem, garantindo a não utilização das informações em prejuízo dos participantes e a destruição do material gravado; garantirá que sejam respeitados em valores culturais, sociais, morais, bem como hábitos, costumes, processo de trabalho e arranjos realizados pela Unidade Básica de Saúde para o processo de certificação; enfim, garantirá que a entrevista gravada seja interrompida ao perceber algum risco não previsto no termo de consentimento.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar (**Fernanda de Freitas Mendonça, rua Wesley Cesar Vanzo 189, apto 1104, 30373947 998459842, fernanda0683@gmail.com**) ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue à você.

Londrina, ____ de _____ de 2018/2019.

Pesquisador Responsável

RG:8291311-4

_____ (NOME POR EXTENSO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

Obs.: Caso o participante da pesquisa seja menor de idade, o texto deve estar voltado para os pais e deve ser incluído ainda, campo para assinatura do menor e do responsável.

Anexos

ANEXO A

AUTORIZAÇÃO DA AUTARQUIA MUNICIPAL DE LONDRINA PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA - PR
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE – DGTES
Avenida Theodoro Victorelli, 103 Jardim Helena / CEP 86027-750 Londrina – PR
Telefone (43) 3372-9435 / e-mail: sueli.inocente@ams.londrina.pr.gov.br

AUTORIZAÇÃO DEFINITIVA DE PESQUISA

C.D. 12/2019/GPQS/DGTES/AMS/PML

Informamos que está autorizada a pesquisa “GESTÃO DO TRABALHO DURANTE O PROCESSO DE CERTIFICAÇÃO DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”, na Autarquia Municipal de Saúde da Prefeitura de Londrina, pela pesquisadora Fernanda de Freitas Mendonça do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina - UEL, conforme parecer do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da UEL, nº 3.107.460 datado de 07/01/2019. Informamos ainda ser imprescindível que ao término desta pesquisa, nos seja enviado uma cópia através de mídia eletrônica, para ser divulgada na Autarquia Municipal de Saúde de Londrina.

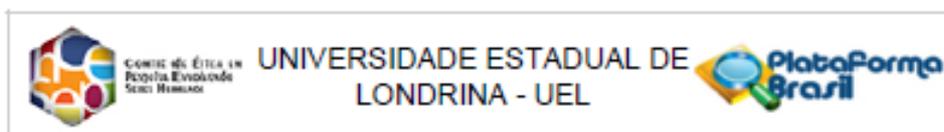
Londrina, 01 de julho de 2019

Evelynssa Aparecida Sanches
Gerente de Planejamento
e Qualificação de Servidores
DGTES/AMS/PML
(em substituição)

Sueli Inocente
Promotor de Saúde Pública - Enfermeira
CEEPC/GPQS/DGTES/AMS/PML

ANEXO B

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GESTÃO DO TRABALHO DURANTE O PROCESSO DE CERTIFICAÇÃO DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Pesquisador: Fernanda de Freitas Mendonça

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 03471318.8.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.107.460

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo qualitativo que utilizará a técnica de observação de campo e entrevista com os profissionais envolvidos com o processo de certificação do programa de qualificação de uma unidade básica de saúde, vinculado ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina. Segundo a pesquisadora, no atual contexto do trabalho em saúde, novas ferramentas são criadas na tentativa de aprimorar os serviços organizados pela Atenção Primária à Saúde, qualificar a prática profissional e promover o cuidado em saúde. Assim o projeto terá como objetivo analisar as estratégias de gestão do trabalho adotadas por profissionais da saúde no processo de certificação do Programa de Qualificação da Atenção Básica (APSUS). A pesquisa terá como cenário de investigação a Unidade Básica de Saúde (UBS) Padovani/Vista Bela, localizada na região norte do município de Londrina-PR, cuja população de aproximadamente 20 mil habitantes é caracterizada por grande vulnerabilidade social. A unidade possui consultórios médicos para clínica-geral, salas para enfermagem, consultórios médicos para pediatria, odontologia e ginecologia, sala de vacina, sala de inalação, sala de puericultura, sala de esterilização, sala de reuniões, salas de espera, sala de acolhimento, farmácia, área de serviço, vestiários, banheiros adaptados para pessoas com necessidades especiais, entre outros ambientes. A equipe profissional é composta por dois clínicos-gerais, três enfermeiros, 13 auxiliares de enfermagem, dois auxiliares administrativos, um dentista, dois auxiliares de saúde bucal, dois

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA ENVOLVENDO
SERVIÇOS HUMANOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 3.107.480

funcionários de serviços gerais e 10 Agentes Comunitários de Saúde, além de três residentes de medicina e de uma equipe completa do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) constituída por residentes da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Serão considerados participantes do estudo trabalhadores da unidade de saúde, incluindo servidores e residentes. Para a coleta de dados serão realizadas observações, registradas por meio do diário de campo, a fim de analisar a gestão do trabalho dos profissionais durante a busca pela certificação do Selo de Qualidade na etapa prata. As observações serão realizadas em momentos estratégicos e de interesse para o pesquisador, como por exemplo: reuniões de equipe, capacitações, rodas de EPS e Tutoria com todos os profissionais que fizerem partes desses momentos, devendo ser acordado previamente com a coordenadora da unidade a inserção do pesquisador nesses períodos. O pesquisador atuará como observador-participante, no qual é permitido a participação do pesquisador junto com a equipe, dispondo-se a viver no contexto e dando abertura à realidade do grupo pesquisado. Nessa categoria, o investigador faz observações de breves períodos, com o objetivo também de estabelecer um contexto para outros tipos de coleta de dados, podendo ser reconhecido por todos como pesquisador e tendo a permissão de participar das atividades propostas pelo grupo, quando julgar pertinente. Além disso, será utilizado também como instrumento de coleta de dados a entrevista semi estruturada, na qual ambos os atores, de modo diferente, envolvem-se na produção do conhecimento e possibilita uma conversa a dois, troca de ideias, significados e informações. Os dados serão analisados por meio da análise de discurso. Serão incluídos no estudo todos os trabalhadores com vínculo formal ou de residência no local do estudo e serão excluídos aqueles que não participaram do processo de certificação da unidade. A hipótese do estudo é que quando a gestão do processo de trabalho ocorre de forma coletiva, a organização do trabalho em saúde tende a ser mais coerente com as necessidades de saúde do território em que esse serviço se encontra.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar as estratégias de gestão do trabalho adotadas por profissionais da saúde no processo de certificação do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde.

Objetivos Secundários:

- Compreender o significado do processo de certificação na perspectiva dos trabalhadores
- Desvelar os arranjos construídos pela equipe que possibilitam a gestão do trabalho durante o

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep068@uel.br



Comitê de Ética em
Pesquisas Envolvendo
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 3.107.460

processo de certificação;

- Analisar os resultados do processo de certificação referentes ao processo de trabalho;
- Identificar os elementos da Educação Permanente em Saúde presentes nas estratégias de gestão.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora os riscos para os participantes serão mínimos, pois os dados serão coletados por meio de entrevistas e todos os aspectos éticos serão respeitados. O benefício será contribuir para a reflexão sobre a prática profissional de trabalhadores e o conhecimento das estratégias de gestão do trabalho que favoreçam a prática da educação permanente em saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou Folha de Rosto devidamente assinada pela coordenação ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. O orçamento está detalhado e o financiamento é próprio. O cronograma está adequado. Segundo a pesquisadora os riscos são mínimos e o pesquisador estará atento a possíveis sinais verbais e não verbais de desconforto durante a gravação, podendo ela ser interrompida a qualquer momento e estará atento a possíveis sinais verbais e não verbais de desconforto, podendo ela ser interrompida a qualquer momento.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador (a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade imprimi-lo para apresentação aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Coordenação CEP/UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|--------------------------------|---|------------------------|---------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1261826.pdf | 15/12/2018 09:03:28 | | Aceito |
| Folha de Rosto | marianafoilha.pdf | 15/12/2018 09:03:00 | Fernanda de Freitas Mendonça | Aceito |

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Centro de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 3.107.460

| | | | | |
|---|------------------|------------------------|------------------------------|--------|
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_Mariana.pdf | 11/12/2018 08:57:25 | Fernanda de Freitas Mendonça | Acelto |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | autorizacao.pdf | 21/11/2018 15:06:17 | Fernanda de Freitas Mendonça | Acelto |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projeto.doc | 21/11/2018 15:03:08 | Fernanda de Freitas Mendonça | Acelto |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 07 de Janeiro de 2019

Assinado por:

Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
(Coordenador(a))

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br

ANEXO C

INSTRUMENTO DE QUALIDADE NA APS - SELO PRATA
TUTORIA NA APS – INSTRUMENTO DE QUALIDADE NA
APS

Regional de Saúde: _____

Município: _____

Nome UAPS: _____

Nome do gerente da Unidade de Saúde: _____



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde

SELO PRATA

| B1. Atributo - Gestão de unidade | | | | |
|--|---|-----|-----|------------|
| Item Avaliação | Forma de Verificação | Av1 | Av2 | Observação |
| 1. A UAPS possui: a) placa na entrada para identificação da unidade de acordo com o padrão da SMS, SESA ou MS; b) quadro com a identificação dos profissionais, dias e horários que estão em atendimento na unidade, em local visível à população; c) sinalização interna dos serviços prestados. | Verificar: a) se há placa na entrada, segundo o padrão definido pela SMS, SESA ou MS. | | | |
| | b) a existência do quadro e, se está em local visível para a população. | | | |
| | c) a existência de sinalização de acordo com padronização da SMS, SESA ou MS. | | | |
| 2. A UAPS garante acessibilidade a pessoas com deficiência e idosos. | Verificar: a) se há banheiro adaptado, com vaso, acessórios com pia, papel higiênico, dispensador para sabonete, papel toalha em nível adequado, barras de apoio, porta que permita manobra de cadeira de rodas, portas com abertura para fora e tamanho adequado para passagem da cadeira de rodas. | | | |
| | b) se há rampa de acesso, com barras de segurança. | | | |
| 3. A unidade possui: a) pisos, paredes e tetos da unidade de saúde com superfícies lisas e laváveis; b) computadores com acesso à internet, disponíveis, na recepção e consultórios; c) consultório de saúde bucal equipado e em funcionamento; d) o número de consultórios da | Verificar: a) se os pisos, paredes e tetos das unidades são lisos e laváveis. | | | |
| | b) a existência dos computadores na recepção, consultórios e o acesso à internet. | | | |
| | c) a existência de consultório de saúde bucal equipado e registro de manutenção. | | | |
| | d) Consultório de saúde bucal no mesmo espaço físico da UAPS. | | | |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| UAPS permite o atendimento dos cidadãos de forma adequada; e) sala para realização de curativo e sutura de pacientes. | e) a existência de consultório em número suficiente, para realizar as atividades da equipe. | | | |
| | f) a existência de sala equipada para a realização das atividades. | | | |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| <p>4. A unidade possui:</p> <p>a) pias exclusivas para lavagem das mãos em todas as salas necessárias;</p> <p>b) lembretes visíveis de higienização das mãos próximos às pias;</p> <p>c) álcool gel nos pontos de cuidado dos pacientes.</p> | <p>Verificar existência de:</p> <p>a) pias exclusivas, sabonetes líquidos, toalhas de papel.</p> | | | |
| | <p>b) lembretes próximos às pias exclusivas para lavagem das mãos.</p> | | | |
| | <p>c) frascos com álcool gel, identificados (identificação do produto, data, prazo e validade e se embalado na unidade, nome do profissional responsável).</p> | | | |
| <p>5. A equipe dispõe de materiais adequados para o processamento de desinfecção e esterilização de artigos médico-odontológicos e realiza controle de qualidade de esterilização.</p> | <p>Verificar:</p> <p>a) presença de POP de desinfecção, armazenamento e distribuição de materiais médico-odontológicos, validado pela Vigilância Sanitária Municipal.</p> | | | |
| | <p>b) se o Procedimento Operacional Padrão (POP) está disponível para os profissionais que realizam os procedimentos de desinfecção, armazenamento e distribuição dos materiais;</p> | | | |
| | <p>c) se a equipe tem conhecimento das técnicas adequadas descritas no POP, verificar registro de treinamento.</p> | | | |
| | <p>d) registro semanal de conferência de qualidade e validade dos materiais esterilizados.</p> | | | |
| | <p>e) Verificar se a equipe tem um protocolo de monitoramento para controle de qualidade de esterilização.</p> | | | |
| <p>6. A equipe dispõe de procedimentos adequados de limpeza e desinfecção de superfícies, descritos em forma de POP.</p> | <p>Verificar:</p> <p>a) a existência de POP de limpeza e desinfecção da unidade (bancadas, pisos, paredes e equipamentos) e se está disponível para os profissionais que realizam o procedimento.</p> | | | |
| | <p>b) se a equipe tem conhecimento das técnicas adequadas descritas em POP e realizam os procedimentos de acordo com o POP</p> | | | |
| | <p>c) registro em ata sobre treinamento do referido POP.</p> | | | |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| <p>7. A UAPS dispõe de:</p> <p>a) geladeira exclusiva para guarda das vacinas, com termômetro e controle de temperatura e higienização adequados.</p> <p>b) plano de contingência para queda de energia na sala de vacina.</p> | <p>Verificar a existência de:</p> <p>a) geladeira exclusiva para guarda das vacinas, com termômetro e controle de temperatura.</p> | | | |
| | <p>b) procedimentos Operacionais Padrões para controle de temperatura e higienização da geladeira acessível e dentro da sala de vacina.</p> | | | |
| | <p>c) controles de temperatura e higienização da geladeira, afixados em local visível próximo da geladeira.</p> | | | |
| | <p>d) POP de cuidados com imunobiológicos que foram submetidos a condições que provoquem desvio de qualidade, registro em ata de treinamento realizado com a equipe.</p> | | | |
| | <p>d) plano de contingência afixado em local visível na unidade. O Plano deve contemplar sábados, domingos, feriados e período noturno.</p> | | | |
| <p>8. A equipe conhece o fluxo de encaminhamento para acidentes biológicos.</p> | <p>Verificar:</p> <p>a) se o fluxo está afixado em local visível.</p> | | | |
| | <p>b) registro, em ata, de treinamento realizado com a equipe (auxiliar/técnico de enfermagem, enfermeiro, serviços gerais, odontólogo, etc.).</p> | | | |
| <p>9. A equipe:</p> <p>a) possui materiais (embalagens e lixeiras) e condições estruturais adequados para o gerenciamento correto dos resíduos gerados;</p> <p>b) gerencia os resíduos gerados corretamente;</p> <p>c) possui Plano Local de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS.</p> | <p>Verificar:</p> <p>a) se a Unidade possui lixeiras com tampa/ pedal para o descarte dos resíduos sólidos e recipientes para os resíduos líquidos e perfuro-cortantes em quantidade suficiente, além de locais para armazenamento temporário e final dos resíduos gerados.</p> | | | |
| | <p>b) se a equipe segrega, acondiciona, armazena e encaminha corretamente os resíduos gerados e presença de abrigo fechado para resíduos infectantes.</p> | | | |
| | <p>c) se a UBS possui local para armazenamento temporário dos resíduos gerados (lixo infectante com bombona, lixo comum e reciclável). O abrigo de lixo infectante deve estar fechado com chave.</p> | | | |
| | <p>d) se a equipe possui Plano Local de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS.</p> | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| <p>10. A unidade dispõe de:</p> <p>a) controle de insetos e pragas periodicamente;</p> <p>b) limpeza do reservatório de água periodicamente.</p> | <p>Verificar:</p> <p>a) solicitar protocolo de ações e registro de atividades desenvolvidas para controle de insetos e pragas.</p> | | | |
| | <p>b) solicitar registro de limpeza do reservatório de água (a cada 6 meses).</p> | | | |
| <p>11. Todos os profissionais da unidade de saúde:</p> <p>a) estão com crachás de identificação;</p> <p>b) estão com uniforme;</p> <p>c) dispõem e utilizam de Equipamentos de Proteção Individual - EPI básicos para o trabalho;</p> <p>d) seguem as regras de biossegurança;</p> <p>e) estão habilitados ao exercício profissional conforme legislação;</p> <p>f) estão com o cartão de vacinas atualizado;</p> <p>g) do sexo feminino com Citologia Oncótica em dia.</p> | <p>Verificar se 100% dos profissionais:</p> <p>a) estão com crachá de identificação.</p> | | | |
| | <p>b) estão uniformizados.</p> | | | |
| | <p>c) dispõem e utilizam de Equipamentos de Proteção Individual - EPI básicos para o trabalho.</p> | | | |
| | <p>d) utilizam sapato fechado, cabelos presos, brincos pequenos, esmalte claro, unhas curtas.</p> | | | |
| | <p>e) apresentam documentação exigida pela SMS e conselhos de classe: cópias do certificado do conselho de classe, carteira trabalho para CLT, ou comprovante de contratação dos profissionais estatutários.</p> | | | |
| | <p>f) controle das vacinas: Hepatite B, Influenza, dT adulto (tétano e difteria) e Febre Amarela (verificar cópia do cartão ou declaração do profissional).</p> | | | |
| | <p>g) controle da Citologia Oncótica (cópia do resultado do exame com intervalo máximo de 3 anos ou declaração do profissional).</p> | | | |
| <p>12. O Coordenador da UAPS:</p> <p>a) gerencia a escala de férias, folgas, horas extras, atestados médicos dos profissionais da unidade;</p> | <p>Verificar:</p> <p>a) escala de férias e/ou folga, horas extras, atestados médicos dos profissionais da unidade de modo que as atividades desenvolvidas não sejam prejudicadas;</p> | | | |
| <p>13. Os profissionais da UAPS têm controle do patrimônio da unidade.</p> | <p>Eleger 3 itens aleatórios, verificar no inventário de patrimônio da unidade e conferir o número, caso não tenha, solicitar documento de controle patrimonial.</p> | | | |
| <p>14. A equipe tem um diagnóstico da situação de saúde da população residente no território sob sua responsabilidade.</p> | <p>Verificar se há:</p> <p>a) registro do perfil demográfico, epidemiológico e social da população;</p> | | | |
| | <p>b) conhecimento deste perfil pela equipe.</p> | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 15. A equipe tem uma programação/ planejamento local anual para responder às necessidades em saúde da população residente no território sob sua responsabilidade. | Verificar: a) se há registro da programação/ planejamento local; | | | |
| | b) se a equipe conhece a programação/ planejamento; | | | |
| | c) se a programação/ planejamento está em execução; | | | |
| | d) se a programação/ planejamento é monitorado | | | |
| 16. A equipe tem metas pactuadas com base na programação/ planejamento local de saúde. | Verificar: a) registro da pactuação das metas pela equipe; | | | |
| | b) se há conhecimento das metas pelos profissionais. | | | |
| 17. A equipe realiza reunião periódica para monitoramento das metas pactuadas. | Verificar documento que comprove. | | | |
| 18. A equipe participa de ações de educação permanente de forma sistemática e regular, está cadastrada e acessa o sistema BMJ – Segunda Opinião. | Verificar: a) lista de presença em capacitações municipais e/ou estaduais, certificados ou livros atas; | | | |
| | b) todos os profissionais da UAPS devem participar de no mínimo 03 capacitações num período de 12 meses. | | | |
| | c) Solicitar, aleatoriamente, para que 3 profissionais acessem o sistema/plataforma BMJ – Segunda Opinião. | | | |
| 19. A equipe da APS e Saúde Bucal contam com linhas guias/protocolos clínicos e odontológicos para o atendimento das principais condições de saúde (Linhas Guia SESA - PR: Rede Mãe Paranaense, Hipertensão, Diabetes, Idoso, Saúde Mental, Saúde Bucal, Protocolos MS). | Verificar: a) se as Linhas Guias/Protocolos Clínicos estão disponíveis nos consultórios dos profissionais; | | | |
| | b) se os profissionais conhecem as Linhas Guias/Protocolos Clínicos e utilizam no dia a dia. | | | |
| | c) Se toda a equipe tem acesso e conhece as estratificações de risco dos usuários (Condições Crônicas e Saúde Bucal) | | | |
| 20. A equipe conhece os custos da UAPS. | Verificar: a) registro dos custos da UAPS; | | | |
| | b) se há conhecimento dos custos pelos profissionais; | | | |
| | c) planilha de controle mensal de consumo de materiais e medicamentos. | | | |
| | d) se a equipe gerencia os custos, ou seja, se há alguma ação de programação e/ou de monitoramento. | | | |

| B2. Atributo - Primeiro contato | | | | |
|---|--|------------|------------|-------------------|
| Item Avaliação | Forma de Verificação | Av1 | Av2 | Observação |
| 21. A UAPS funciona de forma ininterrupta, todos os dias úteis e nos 12 meses do ano. | Verificar se há um quadro de horário visível na unidade, indicando funcionamento ininterrupto, contendo: o nome dos profissionais, as respectivas categorias profissionais e o horário de entrada e saída de cada profissional. | | | |
| 22. A equipe possui o mapa da sua área de abrangência no qual estão identificadas: a) as microáreas de responsabilidade dos ACS; b) os equipamentos sociais da área de abrangência: escolas, creches, cursos profissionalizantes, associações, ambulatórios, igrejas, hortas comunitárias, etc; c) os grupos com condições crônicas; d) os grupos com condições agudas; e) condições de vulnerabilidade. | Verificar se o mapa atualizado apresenta: a) as microáreas de responsabilidade dos ACS; | | | |
| | b) os equipamentos sociais da área de abrangência: escolas, creches, cursos profissionalizantes, associações, ambulatórios, igrejas, hortas comunitárias; | | | |
| | c) os grupos com condições crônicas: hipertensos, diabéticos, transtorno mental e idosos (somente de alto risco), crianças de alto risco até dois anos, todas as gestantes, gestantes adolescente, TB, MH, acamados, famílias vulneráveis, entre outras; | | | |
| | d) os grupos com condições agudas: dengue, parotidites, meningites, varicela, sífilis congênita, coqueluche, sarampo entre outras. | | | |
| | e) o grupo de maior vulnerabilidade; concentração de violência, migrantes/refugiados, indígenas, quilombolas, assentamentos, doença falciforme, etc. | | | |
| 23. A população residente no território de responsabilidade da equipe está cadastrada na unidade. | Verificar: a) se 100% da população residente em territórios de alta vulnerabilidade tem cadastro na unidade; | | | |
| | b) se 100% das famílias de risco estão cadastradas na unidade; | | | |
| | c) se 100% dos cidadãos com condições crônicas prioritárias, usuários do SUS, estão cadastrados na unidade e têm Cartão SUS. | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| <p>24. A equipe:</p> <p>a) tem uma padronização para a identificação segura dos pacientes;</p> <p>b) utiliza no mínimo 3 marcadores para identificar um paciente antes de fornecer qualquer, ou, fazer qualquer procedimento;</p> <p>c) solicita o Cartão SUS para todos os atendimentos na unidade.</p> | <p>Verificar:</p> <p>a) protocolo que comprove a padronização para identificação segura do paciente.</p> | | | |
| | <p>b) se é realizada a de conferência de, no mínimo, três marcadores antes da realização de qualquer atendimento ou procedimento (por exemplo: nome completo, data de nascimento e nome da mãe).</p> | | | |
| | <p>c) se ao recepcionar o cidadão é solicitado o Cartão SUS na recepção.</p> | | | |
| <p>25. A equipe:</p> <p>a) realiza classificação de risco para as condições agudas, conforme protocolo de classificação de risco, todos os dias da semana, em todos os turnos;</p> <p>b) realiza atendimento à condição aguda todos os dias da semana e em todos os turnos;</p> <p>c) dispõe de equipamentos em condições adequadas indicados para primeiro atendimento nos casos de urgências e emergências;</p> <p>d) realiza atendimento de urgência e emergência em saúde bucal, adotando um Protocolo de Classificação de Risco, todos os dias da semana e em todos os turnos;</p> | <p>Verificar:</p> <p>a) registros que comprovem a realização da classificação de risco aos cidadãos com condições agudas de acordo com o protocolo.</p> | | | |
| | <p>b) disponibilidade na agenda médica e do enfermeiro para atendimento a cidadãos com condição aguda, todos os dias da semana e em todos os turnos.</p> | | | |
| | <p>c) disponibilidade de materiais e equipamentos para o primeiro atendimento de cidadãos com parada cardiorrespiratória e choque anafilático.</p> | | | |
| | <p>d) registro de capacitação da equipe para realizar esses atendimentos (ver registro de capacitação ou certificação – ACLS) realizados nos últimos 12 meses.</p> | | | |
| | <p>e) se a equipe realiza atendimento de urgência na unidade (ver se houve caso na unidade no semestre; caso positivo, verificar o registro no prontuário de 03 pacientes).</p> | | | |
| | <p>f) registros da classificação de risco de cidadãos com condições agudas em saúde bucal, conforme Linha Guia.</p> | | | |
| <p>26. A equipe garante o acesso do cidadão com condição crônica, na unidade, conforme o preconizado nas linhas guias.</p> | <p>Verificar:</p> <p>a) se equipe dispõe de agenda que garanta o atendimento da condição crônica, conforme linhas guias, no dia e horário mais adequado ao cidadão.</p> | | | |
| | <p>b) se o atendimento é realizado com hora marcada.</p> | | | |
| | <p>c) se o tempo de espera para o atendimento na unidade é inferior a 1 hora.</p> | | | |

| 27. A equipe tem fluxos e padrões definidos para a identificação das diferentes demandas das pessoas que acessam a unidade – condição aguda, condição crônica, hiperutilizadores, demanda administrativa, entre outras. | Verificar: a) a existência de fluxos definidos para cada demanda. | | | |
|--|--|-----|-----|------------|
| | b) se há profissionais responsáveis por identificar e orientar os cidadãos que demandam a unidade. | | | |
| B3. Atributo – Longitudinalidade | | | | |
| Item Avaliação | Forma de Verificação | Av1 | Av2 | Observação |
| 28. As crianças da área de responsabilidade da equipe, com até dois anos de vida estão identificadas, estratificadas e acompanhadas de acordo com o risco estabelecido na linha guia da Rede Mãe Paranaense e são identificados os casos de sífilis congênita. | Verificar: a) Número de crianças até dois anos de idade. | | | |
| | b) se 100% de crianças até dois anos estão estratificadas por grau de risco. | | | |
| | c) se há registro no prontuário que comprove a estratificação de risco das crianças (sortear 3 crianças acompanhadas na UAPS e verificar no prontuário). | | | |
| | d) Na agenda e relatórios, a comprovação do agendamento das consultas (médica/ enfermagem/ saúde bucal) conforme o grau de risco; | | | |
| | e) no prontuário registro de acompanhamento e tratamento das crianças com sífilis congênita conforme PCDT (Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais). | | | |
| 29. As crianças da área de responsabilidade da equipe, com até dois anos de vida, estratificadas como alto risco tem plano de cuidados monitorado pela equipe. | Verificar: a) o número absoluto de crianças até dois anos estratificadas como alto risco. | | | |
| | b) se 100% das crianças até dois anos estratificadas como alto risco têm plano de cuidados monitorado pela equipe. | | | |
| | c) se há registro no prontuário do plano de cuidados e do monitoramento (sortear 3 crianças de alto risco acompanhadas na UAPS e verificar no prontuário). | | | |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| 30. Os adolescentes (10 a 19 anos) da área de responsabilidade são acompanhados pela equipe. | Verificar: a) Número de adolescentes identificados pela equipe. | | | |
| | b) comprovação de atendimentos e atividades realizadas com os adolescentes através de registro em prontuário ou livro ata. | | | |
| 31. As crianças, adolescentes e idosos estão vacinadas de acordo com o Calendário Estadual de Imunização. | Verificar: a) se o aprazamento está organizado por mês. | | | |
| | b) 95% de crianças menores de 2 anos com cobertura vacinal preconizada. Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10 — valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e tríplice viral (1ª dose). | | | |
| | c) se a UBS tem controle de vacinação de adolescentes e idosos. | | | |
| | d) se há registro da busca ativa, no prontuário de crianças, adolescentes e idosos faltosos. | | | |
| 32. As gestantes da área são captadas e estratificadas por grau de risco a cada consulta de pré-natal e identificados os casos de sífilis na gestação, seguindo a linha guia da Rede Mãe Paranaense. | Verificar: a) o número de gestantes identificadas pela equipe. | | | |
| | b) se 100% das gestantes estão estratificadas por grau de risco; | | | |
| | c) número de gestantes captadas pela equipe antes de 12 semanas de gestação. | | | |
| | d) número de gestantes adolescentes (10 a 19 anos). | | | |
| | e) se 100% das gestantes estão estratificadas por grau de risco. | | | |
| | f) % de gestantes captadas antes de 12 semanas de gestação. | | | |
| | g) se há registro no prontuário que comprove a estratificação de risco da gestante (sortear 3 gestantes acompanhadas na UAPS e verificar no prontuário). | | | |
| | h) no prontuário, o registro de acompanhamento e tratamento das gestantes com sífilis, congênita conforme PCDT (Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais). | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 33. As gestantes realizam 7 ou mais consultas de pré-natal conforme linha guia da Rede Mãe Paranaense. | Verificar: a) se no mínimo 80% das gestantes realizam 7 ou mais consultas de pré-natal. | | | |
| | b) a planilha de programação, agenda e prontuário comprovando o acompanhamento das gestantes, conforme o grau de risco na unidade (verificar no prontuário das gestantes de alto risco, atendidas no último trimestre). | | | |
| | c) se há busca ativa das faltosas às consultas (verificar no prontuário de 3 faltosas). | | | |
| 34. As gestantes da área de responsabilidade da equipe estratificadas como alto risco têm plano de cuidados monitorados pela equipe. | Verificar: a) o número absoluto de gestantes estratificadas como alto risco; | | | |
| | b) se 100% das gestantes estratificadas como alto risco têm plano de cuidados monitorado pela equipe; | | | |
| | c) se há registro no prontuário do plano de cuidados e do monitoramento (sortear 3 gestantes de alto risco acompanhadas na UAPS e verificar no prontuário); | | | |
| 35. A equipe: a) realiza visita domiciliar de enfermagem (enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem) para puérperas e recém-nascidos que tiveram alta hospitalar até o 5º dia e agendam consulta na UAPS. b) realiza consulta de puerpério das gestantes atendidas na Unidade até 10 dias após o parto, conforme linha guia da Rede Mãe Paranaense; | Verificar: a) registro em prontuário de visita domiciliar até o 5º dia pós-alta hospitalar; | | | |
| | b) a planilha de programação, agenda e prontuário comprovando o acompanhamento; | | | |
| | c) se no mínimo 70% das puérperas realizam consulta puerperal (verificar no prontuário de 3 puérperas, atendidas no último trimestre); | | | |
| | d) se a puérpera está recebendo alta da maternidade com plano de alta, contra referência ou no mínimo com anotação na carteira da gestante relatando possíveis intercorrências que possa ter apresentado durante a internação; | | | |
| | e) se há registro da busca ativa, no prontuário das faltosas. | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 36. As mulheres na faixa etária preconizada estão como exame de citologia de colo de útero realizado conforme Diretrizes para o Rastreamento do Câncer de Colo de Útero-INCA/MS. | Verificar: a) se há aprazamento para coleta de exame de citologia oncótica mensal; | | | |
| | b) se os exames foram realizados de acordo com o aprazamento (sortear 3 prontuários de meses anteriores e observar registro de realização do exame); | | | |
| | c) se no mínimo 70% das mulheres na faixa etária preconizada realizaram os exames; | | | |
| | d) se há registro da busca ativa, no prontuário das faltosas; | | | |
| | e) data de validade dos kits citopatológicos. | | | |
| 37. As mulheres na faixa etária preconizada estão com o exame de mamografia realizada conforme Diretrizes Para o Rastreamento do Câncer Mama - INCA/MS. | Verificar: a) se há aprazamento para mamografia; | | | |
| | b) se os exames foram realizados de acordo com o aprazamento (sortear 3 prontuários de meses anteriores e observar registro de realização do exame); | | | |
| | c) se no mínimo 70% das mulheres na faixa etária preconizada realizaram os exames; | | | |
| | d) se há registro da busca ativa, no prontuário das faltosas; | | | |
| 38. Os diabéticos da área estão identificados, estratificados e acompanhados de acordo com o risco estabelecido na Linha Guia de Diabetes – SESA PR. | Verificar: a) o número de diabéticos identificados; | | | |
| | b) se no mínimo 70% estão estratificados por grau de risco; | | | |
| | c) o número de consultas programadas, conforme o grau de risco nos relatórios. | | | |
| | d) na agenda a comprovação do agendamento das consultas (médica/enfermagem/saúde bucal). | | | |
| | e) no prontuário: registro de estratificação de risco e dos acompanhamentos (sortear o prontuário de 3 pacientes para verificação). | | | |
| 39. A equipe realiza busca ativa dos diabéticos faltosos aos atendimentos. | Verificar se há registro da busca ativa, no prontuário dos faltosos. | | | |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| 40 Os diabéticos da área de responsabilidade da equipe, estratificados como alto risco tem plano de cuidados monitorados pela equipe. | Verificar: a) o número absoluto de diabéticos estratificados como alto risco. | | | |
| | b) se 70% destes têm plano de cuidados monitorado pela equipe. | | | |
| | c) se há registro no prontuário do plano de cuidados e do monitoramento (sortear 3 pacientes de alto risco acompanhados na UAPS e verificar no prontuário). | | | |
| 41. Os hipertensos da área estão identificados, estratificados e acompanhados de acordo com o risco estabelecido Linha Guia de Hipertensão – SESA PR. | Verificar: a) o número de hipertensos identificados; | | | |
| | b) se no mínimo 70% estão estratificados por grau de risco; | | | |
| | c) o número de consultas programadas, conforme o grau de risco nos relatórios. | | | |
| | d) na agenda a comprovação do agendamento das consultas (médica/enfermagem/saúde bucal). | | | |
| | e) no prontuário: registro de estratificação de risco e dos acompanhamentos (sortear o prontuário de 3 pacientes para verificação). | | | |
| 42. A equipe realiza busca ativa dos hipertensos faltosos aos atendimentos. | Verificar se há registro da busca ativa, no prontuário dos faltosos. | | | |
| 43. Os hipertensos da área de responsabilidade, da equipe, estratificados como alto risco, têm plano de cuidados monitorados pela equipe. | Verificar: a) o número absoluto de hipertensos estratificados como alto risco; | | | |
| | b) se 70% destes têm plano de cuidados monitorado pela equipe; | | | |
| | c) se há registro, no prontuário, do plano de cuidados e do monitoramento (sortear 3 pacientes de alto risco acompanhados na UAPS e verificar no prontuário); | | | |
| 44. As pessoas com transtornos mentais da área estão identificadas, estratificadas e acompanhadas de acordo com o risco estabelecido no caderno da 8ª oficina APSUS – Saúde Mental – SESA PR. | Verificar: a) o número de pessoas identificadas com transtornos mentais; | | | |
| | b) se no mínimo 70% estão estratificados por grau de risco; | | | |
| | c) o número de consultas programadas, conforme o grau de risco, nos relatórios; | | | |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| | d) na agenda, a comprovação do agendamento das consultas; | | | |
| | e) no prontuário: registro de estratificação de risco e dos acompanhamentos (sortear o prontuário de 3 pacientes para verificação). | | | |
| 45. A equipe realiza busca ativa das pessoas com transtorno mental faltosas aos atendimentos. | Verificar se há registro da busca ativa, no prontuário dos faltosos. | | | |
| 46. As pessoas com transtornos mentais da área de responsabilidade da equipe, estratificadas como alto risco têm plano de cuidados monitorados pela equipe. | Verificar: a) o número absoluto de pessoas com transtornos mentais estratificadas como alto risco; | | | |
| | b) se 70% destes, têm plano de cuidados monitorado pela equipe; | | | |
| | c) se há registro no prontuário do plano de cuidados e do monitoramento (sortear 3 pacientes de alto risco acompanhados na UAPS e verificar no prontuário); | | | |
| 47. As pessoas com dependência de álcool e/ou drogas psicoativas da área estão identificadas, estratificadas e acompanhadas de acordo com o risco estabelecido no caderno da 8ª oficina - Saúde Mental – SESA PR. | Verificar: a) o número de pessoas com dependência de álcool e/ou drogas psicoativas identificadas pela equipe; | | | |
| | b) se no mínimo 70% das pessoas identificadas, estão estratificadas por grau de risco; | | | |
| | c) o número de consultas programadas, conforme o grau de risco, nos relatórios. | | | |
| | d) na agenda, a comprovação do agendamento das consultas; | | | |
| | e) no prontuário: registro de estratificação de risco e dos acompanhamentos (sortear o prontuário de 3 pacientes para verificação). | | | |
| 48. A equipe realiza busca ativa das pessoas com dependência de álcool e/ou drogas psicoativas faltosas aos atendimentos. | Verificar se há registro da busca ativa, no prontuário dos faltosos. | | | |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| 49. As pessoas com dependência de álcool e/ou drogas psicoativas, da área de responsabilidade da equipe, estratificadas como alto risco, têm plano de cuidados monitorados pela equipe. | Verificar: a) o número absoluto de pessoas com dependência de álcool e/ou drogas psicoativas estratificadas como alto risco; | | | |
| | b) se 70% destes têm plano de cuidados monitorado pela Equipe; | | | |
| | c) se há registro no prontuário do plano de cuidados e do monitoramento (sortear 3 pacientes de alto risco acompanhados na UAPS e verificar no prontuário); | | | |
| 50. Os idosos, da área de responsabilidade da equipe, estão em acompanhamento de acordo com o estrato de risco para fragilidade definido conforme recomendação da Linha Guia de Saúde do Idoso – SESA PR e planilha de programação para Saúde do Idoso. | Verificar: a) o número de idosos identificados; | | | |
| | b) o número de consultas programadas, conforme o grau de risco, nos relatórios; | | | |
| | c) na agenda, a comprovação do agendamento das consultas (médico, enfermagem e saúde bucal); | | | |
| | d) no prontuário, o registro dos acompanhamentos (sortear o prontuário de 3 pacientes para verificação); | | | |
| | e) se há registro da busca ativa dos faltosos às consultas no prontuário. | | | |
| 51. Os idosos frágeis e em risco de fragilidade da área estão identificados e estratificados (IVCF 20) de acordo com as recomendações da Linha Guia de Saúde do Idoso. | Verificar: a) o número de idosos identificados (Frágeis e em Risco de Fragilidade); | | | |
| | b) se no mínimo 70% dos idosos frágeis e em risco de fragilidade estão estratificados por grau de risco (IVCF 20); | | | |
| | c) se há registro no prontuário que comprove a estratificação de risco (sortear 3 pacientes acompanhados na UAPS e verificar no prontuário). | | | |
| | d) Verificar se há registro da busca ativa de faltosos no prontuário. | | | |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| 52. Os idosos frágeis, da área de responsabilidade da equipe, têm plano de cuidados monitorados pela equipe. | Verificar: a) o número absoluto de idosos frágeis; | | | |
| | b) se 70% dos idosos frágeis tem plano de cuidados monitorado pela equipe; | | | |
| | c) se há registro no prontuário do plano de cuidados e do monitoramento (sortear 3 idosos frágeis acompanhados na UAPS e verificar no prontuário). | | | |
| 53. A equipe possui protocolo para identificar fatores de risco no domicílio relacionados à queda de idoso. | Verificar: a) a existência de protocolo que contemple a avaliação do risco de queda e adoção de medidas para prevenção no domicílio. | | | |
| | b) se os profissionais da equipe conhecem o protocolo, comprovação através de registro em livro ata. | | | |
| 54. A equipe possui protocolo para identificar fatores de risco ambientais relacionado à queda de pacientes na UAPS. | Verificar: a) a existência de protocolo que contemple a avaliação do risco de queda e adoção de medidas para prevenção na Unidade. | | | |
| | b) se os profissionais da equipe conhecem o protocolo, comprovação através de registro em livro ata. | | | |
| 55. A equipe possui protocolo para prevenir a Lesão por Pressão. | Verificar: a) a existência de protocolo que contemple a avaliação do risco para Lesão por Pressão, avaliação da pele para detectar lesões já instaladas e medidas para prevenção e tratamento. | | | |
| | b) se os profissionais da equipe conhecem o protocolo, comprovação através de registro em livro ata. | | | |
| 56. A equipe realiza: a) diagnóstico, tratamento e conclusão de tratamento dos cidadãos com tuberculose, residentes no território. b) busca de Sintomático Respiratório. | Verificar: a) o número de casos, e, nos respectivos prontuários, se há registro do acompanhamento e conclusão do tratamento. | | | |
| | b) % dos pacientes têm o tratamento concluído. | | | |
| | c) monitoramento de TDO (Tratamento Diretamente Observado) através de registro em prontuário e livro de Registro. | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | d) no prontuário do cidadão, investigação dos contatos, registro de atendimento, acompanhamento e condutas adotadas. | | | |
| | e) no prontuário do comunicante, registro de atendimento, acompanhamento e condutas adotadas. | | | |
| | f) número de Sintomáticos Respiratórios identificados através de registro no “livro verde” e em prontuário. | | | |
| 57. Os cidadãos com hanseníase, residentes no território, são diagnosticados e tratados pela equipe. | Verificar: a) o número de casos, notificação no SINAN, e, nos respectivos prontuários, se há registro do acompanhamento. | | | |
| | b) % de pacientes com o tratamento concluído | | | |
| | c) no prontuário do paciente, registro das consultas, avaliação de Grau de Incapacidade Física – GIF, acompanhamento e demais atendimentos realizados pela equipe. | | | |
| | d) Se os casos que já receberam alta (a qualquer tempo) continuam em acompanhamento pela UAPS. | | | |
| | e) Se a equipe realiza investigação e acompanhamento de comunicantes. | | | |
| | f) Se a equipe realiza busca ativa para detecção de casos novos de hanseníase. | | | |
| 58. Os cidadãos residentes no território de responsabilidade da equipe estão estratificados e acompanhados segundo o grau de risco para a saúde bucal, conforme a Linha Guia de Saúde Bucal – SESA PR. | Verificar: a) número de pacientes estratificados. | | | |
| | b) % de pacientes com risco estratificado; | | | |
| | c) se há registro no prontuário que comprove a estratificação de risco sortear 3 pacientes acompanhados e verificar no prontuário; | | | |
| | d) Agenda programada visando a conclusão do tratamento. | | | |
| | e) registro da busca ativa, no prontuário dos faltosos. | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 59. O agendamento odontológico para condições crônicas é realizado de acordo com a estratificação de risco, segundo a Linha Guia de Saúde Bucal. | Verificar: a) número de gestantes, crianças de 0 a 2 anos, hipertensos, diabéticos e idosos identificadas pela equipe; | | | |
| | b) 100% de gestantes com risco estratificado; | | | |
| | c) 100% das crianças de 0 a 2 anos com risco estratificados; | | | |
| | d) % de hipertensos, diabéticos e idosos com risco estratificado. | | | |
| | e) Agenda programada para gestantes, crianças, hipertensos, diabéticos e idosos, visando a conclusão do tratamento. | | | |
| 60. A equipe de Saúde Bucal garante tratamento concluído aos usuários. | Verificar: a) número de pacientes que iniciaram tratamento nos últimos 6 meses; | | | |
| | b) % de pacientes que concluíram o tratamento nos últimos 6 meses (T.C./1ª Consulta= 0,5 (no mínimo)); | | | |
| | Verificar: a) se há casos de dengue, chikungunya e zika vírus no território. | | | |
| 61. Os casos de <u>dengue</u> , <u>chikungunya</u> e <u>zika vírus</u> de cidadãos residentes no território são atendidos e acompanhados pela equipe, conforme Protocolo do MS. | b) a notificação dos casos no SINAN. | | | |
| | c) se não houver casos, solicitar relatório ou registro em ata de ações realizadas para identificação de criadouros e controle do vetor. | | | |
| | d) % de internação de pacientes notificados com dengue, no território no período de 12 meses. | | | |
| 62. A equipe realiza a classificação de risco para todos os casos suspeitos de dengue, conforme preconizado no Protocolo do MS. | Verificar: a) se há registro da classificação de risco, no prontuário, dos pacientes com suspeita de dengue atendidos pelo serviço. | | | |
| | b) se a equipe possui e tem conhecimento do Protocolo de Classificação de Risco do MS. | | | |
| 63. A equipe identifica e realiza ações de controle e apoio para pessoas com obesidade (IMC ≥ 30 kg/m ²). | Verificar: a) Número de pessoas obesas identificadas pela equipe durante as consultas programadas ou demanda espontânea. | | | |
| | b) Registro em prontuário de avaliação antropométrica (peso e altura), cálculo de IMC e encaminhamentos. | | | |
| | c) no prontuário, registro de atendimento, acompanhamento e condutas adotadas. | | | |

| | | | | |
|--|--|------------|------------|-------------------|
| 64. Os homens na faixa etária de 20 a 59 anos tem acesso às ações e aos serviços de assistência integral à saúde. | Verificar: a) o número de homens na faixa etária de 20 a 59 anos identificados pela equipe. | | | |
| | b) número de homens que realizaram o pré natal do parceiro nos últimos 6 meses. | | | |
| | c) equipe disponibiliza o cartão do homem aos usuários. | | | |
| 65. Os cidadãos expostos aos agrotóxicos da área estão identificados e estratificados por grau de risco, e estão em acompanhamento de acordo com a estratificação de risco estabelecida na Linha Guia de Atenção às Populações Expostas aos Agrotóxicos – SESA PR. | Verificar: a) o número de cidadãos expostos aos agrotóxicos identificados. | | | |
| | b) 30 % de cidadãos expostos aos agrotóxicos estratificados por grau de risco (prioridade I, II e III) | | | |
| | c) no prontuário o registro de estratificação de risco e dos acompanhamentos (sortear o prontuário de 3 pacientes para verificação). | | | |
| 66. As pessoas em situação de violência da área de responsabilidade da equipe são atendidas e acompanhadas pela equipe. | Verificar: a) fluxos de atendimento. | | | |
| | b) se a equipe tem treinamento dos protocolos de atendimento integral às pessoas em situação de violência; | | | |
| | c) disponibilidade da contracepção de emergência (pílula do dia seguinte) na UBS. | | | |
| | d) registro no prontuário do usuário, quanto aos encaminhamentos realizados junto às redes de atenção à saúde e de proteção social. | | | |
| | e) registro no prontuário do paciente do plano de cuidado de pessoas em situação de violência. | | | |
| B4. Atributo - Integralidade | | | | |
| Item Avaliação | Forma de Verificação | Av1 | Av2 | Observação |
| 67. Os profissionais da UAPS utilizam critérios para solicitação de exames laboratoriais de acordo com as linhas guias. | Verificar nos prontuários se os profissionais da UAPS utilizam de critérios definidos nas linhas guias para a solicitação de exames de apoio diagnóstico (sortear 3 gestantes e 3 hipertensos para verificação). | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 68. A equipe realiza teste rápido para Hepatite B, Hepatite C, Sífilis e HIV. | Verificar: a) registro de testes rápidos realizados e checar anotação no prontuário de 03 pacientes. | | | |
| | b) no prontuário, registro de encaminhamentos, notificação e tratamento do paciente em que o resultado do teste for Reagente. | | | |
| | c) disponibilidade dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. | | | |
| 69. A equipe orienta a fase pré-analítica dos exames de apoio diagnóstico e viabiliza aos usuários os resultados dos exames laboratoriais no tempo determinado no contrato com o laboratório. | Verificar: a) se a equipe dispõe de formulários que orientem o preparo do paciente para a coleta. (Exame de sangue, urina, endoscopia, ultrassom entre outros). | | | |
| | b) se os profissionais recebem o retorno do resultado dos exames laboratoriais no tempo adequado (conforme contrato com o laboratório), para dar continuidade ao tratamento do paciente. | | | |
| | c) se os resultados dos exames são analisados, anotados nos prontuários e informados aos pacientes, em caso de alteração. | | | |
| | d) a existência de POP para a coleta de exame laboratorial disponível no local em UBS que realiza a coleta do exame; | | | |
| | e) se o profissional responsável pela coleta conhece o POP através de registro em livro ata. | | | |
| 70. A equipe viabiliza ultrassonografia mamária para as mulheres com alteração identificada. | Verificar registro: a) no prontuário, de solicitação de ultrassonografia; | | | |
| | b) de monitoramento das mulheres com resultados alterados. | | | |
| 71. A equipe viabiliza encaminhamento de mulheres com resultado de biopsia de colo uterino alterado e monitora este encaminhamento. | Verificar no prontuário registro de monitoramento das mulheres com resultados alterados. | | | |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| 72. Todas as gestantes estão vinculadas às maternidades de acordo com o grau de risco e, as estratificadas como risco intermediário e alto risco são encaminhadas de forma adequada para consultas no pré-natal de risco, conforme a linha guia da Rede Mãe Paranaense. | Verificar: a) se 100% das gestantes estão vinculadas às maternidades conforme grau de risco. Ver registro das vinculações no prontuário de 03 gestantes (01 Risco Habitual, 01 Intermediário e 01 Alto Risco); | | | |
| | b) se 100% das gestantes de alto risco são encaminhadas para consultas no pré-natal de risco. Ver registro dos encaminhamentos e checar no prontuário de 3 gestantes de alto risco; | | | |
| | c) se 50% das gestantes de risco intermediário são encaminhadas para consulta de pré-natal de risco intermediário (sortear 3 gestantes de risco intermediário para análise do prontuário). | | | |
| | d) o preenchimento adequado das guias de encaminhamento para o pré-natal de alto risco e risco intermediário; | | | |
| | e) se há alguma comunicação entre a equipe e a maternidade de risco (contra referência). | | | |
| 73. Os hipertensos e diabéticos estratificados como alto risco são encaminhados de forma adequada para consultas no Centro de Especialidades ou MACC conforme a Linha Guia de Hipertensão e a Linha Guia de Diabetes – SESA PR. | Verificar: a) registro dos encaminhamentos e checar no prontuário de 3 hipertensos de alto risco e 3 diabéticos com controle metabólico ruim; | | | |
| | b) o preenchimento adequado das guias de encaminhamento para o Centro de Especialidades / MACC; | | | |
| | c) % de hipertensos e diabéticos estratificados com alto risco encaminhados para o Centro de Especialidades; | | | |
| 74. As pessoas com transtorno mental e/ou dependentes de álcool e/ou drogas psicoativas de alto risco são encaminhadas de forma adequada para consultas no Centro de Especialidades, MACC ou CAPS conforme estabelecido no Caderno da 8ª Oficina APSUS – Saúde Mental – SESA PR. | Verificar: a) registro dos encaminhamentos e checar no prontuário de 3 pessoas com transtorno mental de alto risco e 3 pessoas com dependência de alto risco; | | | |
| | b) o preenchimento adequado das guias de encaminhamento para o Centro de Especialidades, MACC ou CAPS; | | | |
| | c) % de pessoas com transtorno mental e/ou dependentes de álcool e/ou drogas psicoativas de alto risco encaminhadas para o Centro de Especialidades; | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 75. Os idosos frágeis são encaminhados de forma adequada para consultas no Centro de Especialidades conforme orientações da Linha Guia de Idoso – SESA PR. | Verificar: a) registro dos encaminhamentos e checar no prontuário de 3 idosos frágeis; | | | |
| | b) o preenchimento adequado das guias de encaminhamento para o Centro de Especialidades; | | | |
| | c) % de idosos frágeis encaminhados para o Centro de Especialidades; | | | |
| 76. Os cidadãos com problemas bucais que necessitam de encaminhamento para especialidades odontológicas, são referenciados de forma adequada para consultas no CEO, universidades, consórcios ou outros conforme a Linha Guia de Saúde Bucal – SESA PR. | Verificar: a) registro dos encaminhamentos para CEO, universidades, consórcios ou outros e checar no prontuário de 3 pacientes. | | | |
| | b) o preenchimento adequado das guias de encaminhamento para o CEO, universidades, consórcios ou outros. | | | |
| | c) no prontuário, se os pacientes têm seu tratamento concluído na APS antes de serem encaminhados para Atenção Secundária. | | | |
| 77. As UAPS dispõem de medicamentos padronizados pela REMUME e os profissionais de saúde utilizam critérios para prescrição de medicamentos de acordo com as linhas guias. | Verificar: a) se a REMUME está disponível e é de fácil acesso para todos os profissionais. | | | |
| | b) a inexistência de medicamento fora da padronização da SMS (por exemplo: amostras grátis). | | | |
| 78. Os profissionais monitoram o uso adequado de medicamentos de uso contínuos pelos pacientes. | Verificar: a) se há aprazamento para dispensar medicamentos de uso contínuo (Medicamentos controlados e insulinas). | | | |
| | b) se há controle quanto à correta utilização dos medicamentos; | | | |
| | c) se há busca ativa dos pacientes que fazem uso de medicamentos de uso contínuo e não estão fazendo a retirada dos mesmos. | | | |
| 79. A equipe armazena e descarta, se necessário, os medicamentos de acordo com as normas da Vigilância Sanitária. | Verificar: a) se os medicamentos estão dentro do prazo de validade, acondicionados em local limpo e seco, na temperatura adequada a cada um e, se houver medicamento controlado, em armário trancado. | | | |
| | b) registro de controle de medicamentos vencidos e condições de descarte. | | | |
| | c) POP para armazenamento e descarte de medicamentos. | | | |

| 80. Os medicamentos e imunobiológicos são passíveis de rastreabilidade na UAPS, do almoxarifado à dispensação ao usuário. | Verificar documento que comprove a rastreabilidade dos medicamentos e imunobiológicos na UAPS e os dispensados aos usuários (por exemplo: planilha com controle dos lotes dos medicamentos armazenados e dispensados na unidade). | | | |
|--|---|-----|-----|------------|
| 81. A equipe monitora a utilização do transporte sanitário eletivo pelos pacientes (fisioterapia, tratamento ambulatorial oncológico, terapia renal substitutiva, etc.). | Verificar: a) se há registro do quantitativo de pacientes que utilizam o transporte; | | | |
| | b) Verificar registro de acompanhamento dos mesmos. | | | |
| | c) se há registro de absenteísmo em relação ao transporte sanitário eletivo e os motivos. | | | |
| 82. A equipe viabiliza e monitora a utilização do transporte sanitário de urgência e/ou SAMU para o usuário que necessita ser transferido para um serviço adequado para a resolução do problema. | Verificar: a) se há registro do quantitativo de paciente que necessitaram de transporte sanitário de urgência; | | | |
| | b) registro em prontuário (checar 3 prontuários). | | | |
| 83. A equipe dispõe de veículo para a realização de atividade(s) externa(s), como por exemplo: visitas domiciliares, busca ativa, acompanhamento e supervisão do território e outros. | Verificar se há registro da utilização de veículo para as atividades externas da equipe. | | | |
| B5. Atributo - Coordenação | | | | |
| Item Avaliação | Forma de Verificação | Av1 | Av2 | Observação |
| 84. A atualização do CNES é de responsabilidade da equipe na UAPS/SMS. | Verificar se o CNES da UAPS está atualizado comparando com a relação de profissionais que atuam na unidade. Checar no site: cnes.datasus.gov.br | | | |
| 85. O preenchimento, digitação, atualização e monitoramento de dados do E-SUS é de responsabilidade da equipe da UAPS. | Verificar: a) se o e-SUS está disponível na UAPS e é digitado pela equipe e/ou SMS; | | | |
| | b) se os dados estão atualizados; | | | |
| | c) registro de monitoramento dos dados pela equipe; | | | |
| | d) em caso de digitação centralizada verificar se está atualizado através de relatórios. | | | |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| 86. A equipe alimenta e monitora os sistemas de informação sob sua responsabilidade. | Verificar: a) se o SISAB, SISPRENATAL WEB, SISCAN e o SINAN são de responsabilidade da equipe; | | | |
| | b) registro de discussão, pela equipe, dos relatórios dos sistemas de informação - SISAB, SISPRENATAL WEB, SISCAN, SINAN, entre outros. | | | |
| 87. A equipe participa de capacitações programadas do CEP – Centro de Especialidades do Paraná e/ou MACC – Modelo de Atenção às Condições Crônicas para a UAPS. | Verificar registro que comprove. | | | |
| 88. Todos os profissionais da UAPS, NASF-AB, Academia de Saúde, assistência farmacêutica, entre outros, tem acesso ao prontuário eletrônico do paciente conforme nível de permissão e preenchem corretamente os atendimentos realizados. | Verificar: a) registro de consulta de todos os profissionais de nível superior; | | | |
| | b) registro de atendimentos prestados, procedimentos, visitas domiciliares, entre outros realizados por toda equipe; | | | |
| | c) preenchimento em 3 prontuários de gestantes e 3 de hipertensos. | | | |
| 89. As crianças menores de 2 anos possuem carteiras com registros atualizados. | Verificar se as carteiras são disponibilizadas e preenchidas corretamente (vacina em dia, curva de crescimento e desenvolvimento, consultas médicas e odontológicas). | | | |
| 90. As gestantes possuem as carteiras devidamente preenchidas. | Verificar se as carteiras de gestante são disponibilizadas e preenchidas corretamente: consultas médicas/odontológicas, exames, vacinas, estratificação de risco, vinculação de maternidade, etc. | | | |
| 91. A equipe participa das investigações dos óbitos infantis, fetais e maternos ocorridos nos últimos 12 meses em sua área de responsabilidade. | Verificar se há registro da participação da equipe na investigação em todos os óbitos infantis, fetais e maternos nos últimos 12 meses ocorridos em sua área de responsabilidade. | | | |

| 92. A equipe realiza as notificações compulsórias de doenças infectocontagiosas e outros agravos, participa da investigação e realiza os bloqueios, se necessários. | Verificar registro: a) de notificações com dados padronizados pela Vigilância em Saúde (semana epidemiológica, data de notificação, nº do SINAN, tipo de agravo, nome e nº do prontuário). | | | |
|---|---|---|-----|------------|
| | b) de investigações e bloqueios realizados. | | | |
| | c) da notificação e participação da investigação de acidentes e agravos relacionados ao trabalho, no prontuário do cidadão. | | | |
| | d) notificação imediata de casos de pessoas em situação de violência, bem como registro em prontuário e encaminhamentos. | | | |
| | e) reuniões de equipe com planejamento de ações de prevenção dos agravos. | | | |
| 93. Redução das internações sensíveis a APS ocorridas no seu território. | Verificar se há redução das internações por complicações de hipertensão e diabetes no último semestre. | | | |
| B6. Atributo – Centralização na família | | | | |
| Item Avaliação | Forma de Verificação | Av1 | Av2 | Observação |
| 94. As famílias da área de abrangência estão classificadas segundo o grau de risco. | Verificar planilha de controle das famílias e se as mesmas estão identificadas de acordo com a classificação de risco. | | | |
| 95. A equipe realiza o genograma para as famílias de alto risco. | Verificar o registro do genograma para as famílias de alto risco. | | | |
| 96. As equipes da UAPS e NASF viabilizam a participação da família no pré-natal, em especial da pessoa que acompanhará a gestante no parto. | Verificar registro da participação familiar. | | | |
| | práticas corporais e atividades físicas | Verificar documentação que comprove (Livro ata, fotos, etc.). | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 97. As equipes de UAPS / NASF-AB desenvolvem junto às famílias e na comunidade ações de: | promoção da alimentação saudável | Verificar documentação que comprove (Livro ata, fotos, etc.). | | | |
| | atenção à pessoa tabagista | Verificar documentação que comprove (Livro ata, fotos, etc.). | | | |
| | atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental | Verificar documentação que comprove (Livro ata, fotos, etc.). | | | |
| | prevenção de suicídio e depressão | Verificar documentação que comprove (Livro ata, fotos, etc.). | | | |
| | atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas | Verificar documentação que comprove (Livro ata, fotos, etc.). | | | |
| | atenção à pessoa com deficiência | Verificar documentação que comprove (Livro ata, fotos, etc.). | | | |
| | atenção às pessoas expostas aos agrotóxicos | Verificar documentação que comprove (Livro ata, fotos, etc.). | | | |
| | práticas integrativas e complementares | Verificar documentação que comprove (Livro ata, fotos, etc.). | | | |
| | escovação supervisionada, bochecho com flúor, etc. | Verificar documentação que comprove (Livro ata, fotos, etc.). | | | |
| 98. As equipes de UAPS e NASF-AB desenvolvem junto às famílias e comunidade ações educativas e preventivas abordando: | Saúde da criança | Verificar documentação que comprove. (Livro ata, fotos, etc.). | | | |
| | Saúde do adolescente | Verificar documentação que comprove (Livro ata, fotos, etc.). | | | |
| | Saúde da Mulher | Verificar documentação que comprove (Livro ata, fotos, etc.). | | | |
| | Pré Natal, parto e puerpério | Verificar documentação que comprove (Livro ata, fotos, etc.). | | | |
| | Saúde do Homem | Verificar documentação que comprove (Livro ata, fotos, etc.). | | | |
| | Hipertensão e Diabetes | Verificar documentação que comprove (Livro ata, fotos, etc.). | | | |
| | Saúde Mental | Verificar documentação que comprove (Livro ata, fotos, etc.). | | | |
| | Pessoas com deficiência | Verificar documentação que comprove (Livro ata, fotos, etc.). | | | |
| | Agrotóxicos | Verificar documentação que comprove (Livro ata, fotos, etc.). | | | |
| Saúde bucal | Verificar documentação que comprove (Livro ata, fotos, etc.). | | | | |

| 99. Nos espaços saúde, comunidade e/ou Academias da Saúde, as equipes de UAPS e NASF-AB desenvolvem, junto as famílias e população do território, tecnologias de atenção e cuidado como: | visitas domiciliares | Verificar documentação que comprove (Livro ata, fotos, etc.). | | | |
|---|--|---|-----|------------|--|
| | consulta compartilhada | Verificar documentação que comprove (Livro ata, fotos, etc.). | | | |
| | grupos operativos | Verificar documentação que comprove (Livro ata, fotos, etc.). | | | |
| | gestão de caso | Verificar documentação que comprove (Livro ata, fotos, etc.). | | | |
| 100. As equipes da UAPS e NASF-AB orientam a família do idoso com relação aos cuidados necessários para prevenção de quedas e lesão por pressão. | | Verificar registro das orientações prestadas à família. | | | |
| 101. As equipes da UAPS, SB e NASF-AB realizam atendimento domiciliar aos pacientes acamados e egressos de internação hospitalar. | | Verificar registro das orientações prestadas à família. | | | |
| 102. As equipes de UAPS / NASF-AB identificam pessoas com excesso de peso ou obesidade através de mutirões ou em situações oportunas, como campanhas de vacinação, Dia Mundial de Combate à Obesidade e Semana da Alimentação Saudável. | | Verificar documentação que comprove. | | | |
| B7. Atributo – Orientação comunitária | | | | | |
| Item Avaliação | Forma de Verificação | Av1 | Av2 | Observação | |
| 103. A equipe identifica as principais lideranças da comunidade. | Verificar registro contendo a relação nominal e endereço das lideranças comunitárias. | | | | |
| 104. As equipes da UAPS e NASF / Academia da Saúde realizam trabalhos intersetoriais (escolas, CREAS, CRAS, igrejas entre outros) e/ou participa de eventos de relevância para a comunidade. | Verificar registro de participação nos eventos. | | | | |
| 105. A comunidade tem algum mecanismo de manifestar formalmente a sua opinião em relação à UAPS. | Verificar se há mecanismos para a manifestação da comunidade (por exemplo: ouvidoria, pesquisa, caixa de sugestões, etc.). | | | | |
