



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA**

ANA PAULA CORREA PARDAL MORGADO

**A TERRITORIALIZAÇÃO E O
PLANEJAMENTO EM UMA UNIDADE
SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Londrina

2017

ANA PAULA CORREA PARDAL MORGADO

**A TERRITORIALIZAÇÃO E O
PLANEJAMENTO EM UMA UNIDADE
SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dra. Regina Melchior

LONDRINA

2017

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

Morgado, Ana Paula Correa Pardal Morgado.

A territorialização e o planejamento em uma unidade de saúde / Ana Paula Correa Pardal Morgado Morgado. - Londrina, 2017.

120 f. : il.

Orientador: Regina Melchior Melchior.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2017.

Inclui bibliografia.

1. territorialização - Tese. 2. planejamento da ações em saúde - Tese. 3. reconhecimento das necessidades da população - Tese. I. Melchior, Regina Melchior. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

ANA PAULA CORREA PARDAL MORGADO

A TERRITORIALIZAÇÃO E O PLANEJAMENTO EM UMA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação
Stricto Sensu em Saúde Coletiva
da Universidade Estadual de
Londrina para obtenção do título
de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dra. Regina
Melchior

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Regina Melchior
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^a. Dr^a. Maria Lucia da Silva Lopes
Centro Universitário Filadélfia - UNIFIL

Prof^a Dr^a Brígida Gimenez Carvalho
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 31 de janeiro de 2017.

DEDICATÓRIA,

Ao Reginaldo, a Emanuela, a Amanda, e a Ana Vitória, toda minha vida e meu amor!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que tem me sustentado em todos os momentos de minha vida, e me deu saúde e forças para a conclusão desse trabalho.

Agradeço a minha professora orientadora Regina, por sua incrível paciência e colaboração, durante o percurso do trabalho.

Agradeço as professoras Brígida e Maria Lúcia por suas valiosas contribuições, e por aceitarem de maneira tão generosa fazerem parte de minha banca examinadora.

Agradeço aos meus colegas de trabalho, que sempre me incentivaram, de modo especial as minhas chefias, que me permitiram realizar turno de trabalho diferenciado a fim de cumprir minha carga horária e participar do curso de Mestrado.

Agradeço aos participantes da pesquisa que me acolheram de forma genuína e dispensaram parte de seu tempo para a realização da entrevista, sem vocês esse trabalho não seria possível.

Agradeço aos meus colegas de turma pelas preciosas discussões, em especial Ana Cláudia e Gisele, que auxiliaram de maneira efetiva na realização da pesquisa.

E por fim, agradeço a minha família, sempre presente em meus empreendimentos, em especial meu amado esposo, Reginaldo, por todo companheirismo, amor e compreensão, e as minhas filhas, Emanuela, Amanda e Ana Vitória, que na sabedoria da infância, compreenderam minhas ausências.

MORGADO, Ana Paula Correa Pardal. **A Territorialização e o Planejamento em uma Unidade Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina. Londrina, PR., 2017.

RESUMO

A territorialização é o processo no qual se identificam grupos, famílias e indivíduos de um território adscrito, e os fatores condicionantes e determinantes de sua saúde; é uma ação fundamental para o planejamento, e para a implantação de ações estratégicas para intervir nos problemas encontrados, a fim de garantir a resolubilidade ao sistema. O planejamento pode utilizar as informações obtidas no processo de territorialização para promover a organização da oferta dos serviços. A relevância da territorialização e do planejamento estão relacionados à organização do cuidado pelos serviços de saúde da Atenção Básica (AB) às necessidades de uma população e podem ser dispositivos para o fortalecimento da AB no Brasil. Assim essa pesquisa teve por objetivo compreender como se deu o processo de territorialização e de planejamento das equipes Saúde da Família (eSF) e equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em uma Unidade Saúde da Família do município de Londrina, PR. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, desenvolvida por meio de um Grupo Focal com 5 integrantes da eSF e 2 integrantes da equipe NASF, em meados de agosto de 2015. As discussões ocorridas no Grupo Focal foram gravadas, transcritas e organizadas por meio da Análise de Conteúdo. Após a exploração do material e a interpretação dos resultados emergiram três Categorias de Análise: Arranjos e Dispositivos para Interagir, Organizar e Planejar; O Reconhecimento do Território; e Cuidado Planejado. Os resultados revelaram uma equipe comprometida com o trabalho, e que utilizou a Educação Permanente em Saúde como estratégia para o enfrentamento das dificuldades no início de suas atividades. A equipe compreendeu o conceito de territorialização, e usou vários dispositivos e momentos para o reconhecimento do seu território, tais como: o cadastramento das famílias, as visitas domiciliares, a busca ativa, a procura espontânea das pessoas pelos serviços da Unidade de Saúde, a abordagem das pessoas pelos agentes comunitários de saúde e vice-versa, e o Facebook. Muitas barreiras foram encontradas para a realização da territorialização, entre outras foram citadas: a falta de profissionais e a dificuldade no cadastramento das famílias. A equipe reconheceu que as informações obtidas no processo de territorialização podem ser úteis para o planejamento de suas ações, e que o planejamento é um processo dinâmico e flexível, também exemplificou a territorialização e o planejamento como etapas que fazem parte do cuidado compartilhado e em rede, considerou seu trabalho gratificante e apontou como um aspecto muito favorável para o exercício das funções, a inserção de todos os profissionais da unidade na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Planejamento em Saúde. Assistência Integral à Saúde.

MORGADO, Ana Paula Correa Pardal. **The Territorialization and Planning a Family Health Unit.** Dissertation (Masters in Public Health) – Universidade Estadual de Londrina. Londrina, PR., 2017

ABSTRACT

Territorialisation is the process in which they identify groups, families and individuals of a territory, and the conditioning factors and determinants of their health; it is essential to the planning and deployment of strategic actions to intervene in the problems encountered, in order to ensure the resolution to the system. Planning can use the information obtained from the territorialisation process to promote the organization of supply of services. The importance of territorialization and planning are related to organization of care by health services of Primary Health Care (PHC) to the needs of a population and may be devices for the strengthening of PHC in Brazil. The research aims to understand how the process of territorialization and planning of the teams Family Health (tFH) and Support Center for Family Health (SCFH) of a Health Unit in the in the city of Londrina, PR. This is a qualitative research, developed through a focus group with 5 members of the tFH and 2 members of the team SCFH, in mid-August 2015. The discussions that have taken place in the focus group were recorded, transcribed, and submitted the Content Analysis. After the exploration of the material and the interpretation of results have emerged in three categories of analysis: Arrangements and devices to interact, organize and plan; The recognition of the territory; and Carefully planned. The results revealed a team committed to working as a team, and who used the Permanent Health Education as a strategy to face difficulties at the beginning of its activities. The team understood the concept of territorialisation, and used various devices and moments to the recognition of their territory, such as: the registration of families, home visits, the active search, the spontaneous demand of people for the services of the Health Unit, the approach of the people by community health workers and vice versa, and Facebook. Many barriers were found to and implementation of the territorialisation, among others were cited: the lack of human resources and the difficulty in registering the families. The team recognized that the information obtained in the process of territorialization can be useful for the planning of their actions, and that planning is a dynamic process and flexible, also exemplified the territorialization and the planning as well as steps that are part of the shared care network, found their work rewarding, and pointed out as a very positive aspect to the exercise of the functions, the insertion of all the professionals in the Family Health Strategy (FHS).

Keywords: Primary Health Care. Family Health Strategy. Health Planning. Comprehensive Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AMS – Autarquia Municipal de Saúde

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

eSF – Equipe Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PAS – Programação Anual de Saúde

PES – Planejamento Estratégico Situacional

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNaPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

PS – Plano de Saúde

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAG – Relatório Anual de Gestão

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	12
2 INTRODUÇÃO	15
3 OBJETIVOS	21
3.1 OBJETIVO GERAL.....	22
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
4 PRESSUPOSTOS E REFERENCIAL TEÓRICO	23
4.1 AS EQUIPES DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA	24
4.2 TERRITORIALIZAÇÃO	27
4.3 PLANEJAMENTO	32
4.4 CUIDADO INTEGRAL A SAÚDE	39
5 MÉTODO.....	45
5.1 DELINEAMENTO	46
5.2 LOCAL E SUJEITOS DA PESQUISA.....	46
5.3 TRABALHO DE CAMPO	48
5.3.1 Grupo focal	48
5.4 ANÁLISE DO MATERIAL.....	50
5.5 ASPÉCTOS ÉTICOS.....	51
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES	52
6.1 CARACTERIZAÇÕES DOS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS	53
6.2 CARACTERIZAÇÃO DA UBS	54
6.3 AS CATEGORIAS EMPÍRICAS	56
6.3.1 Arranjos e dispositivos para interagir, organizar e planejar	57
6.3.1.1 <i>As Oficinas</i>	58
6.3.1.2 <i>As Reuniões</i>	60
6.3.1.3 <i>O Prontuário</i>	63
6.3.2 O reconhecimento do território.....	64
6.3.2.1 <i>As visitas domiciliares e o cadastramento das famílias</i>	67
6.3.2.2 <i>A abordagem das pessoas e a procura espontânea</i>	71
6.3.2.3 <i>A busca ativa</i>	73
6.3.2.4 <i>O Facebook</i>	73
6.3.2.5 <i>O mapa do território</i>	74

6.3.3 Cuidado planejado	80
6.3.3.1 <i>Cuidado coletivo</i>	81
6.3.3.2 <i>Cuidado individual</i>	83
6.3.3.3 <i>Cuidado a demanda espontânea</i>	90
6.3.3.4 <i>Monitoramento das ações</i>	93
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS.....	100
APÊNDICES.....	111
APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA	112
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO	113
ANEXOS	115
ANEXO A – MAPA DO TERRITÓRIO.....	116
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA	117

APRESENTAÇÃO

1. APRESENTAÇÃO

Minha primeira experiência profissional na Atenção Básica (AB) se deu em um dia chuvoso do mês de fevereiro de 2009. Subi longas escadarias de uma Unidade de Saúde, e adentrei em uma sala de espera lotada de pessoas esperando por algum tipo de atendimento. Enquanto aguardava a chegada da enfermeira, para me apresentar ao trabalho, observava toda a cena em minha volta: pessoas simples, adultos, idosos, crianças, muita conversa, risos, choros e reclamações, e de quando em quando, um grito ecoava no salão: - Fulano, Beltrano..., uma cena típica em muitos lugares e que se repetiria muitas vezes em minha vida.

Sou farmacêutica com habilitação em Análises Clínicas, minha formação foi voltada para os relatórios, as análises e as conclusões exatas, o atendimento clínico veio após o término de minha graduação. No início de 1998, iniciei minha vida profissional em uma pequena farmácia na periferia de Londrina, PR., três anos após, abri minha própria farmácia, também uma pequena empresa, em um bairro na mesma cidade. Minha função se dividia entre o setor administrativo gerencial (análise de custos, contratação e treinamento de funcionários, controle de estoque, elaboração de relatórios) e o atendimento aos clientes. Permaneci como empresária até o início de 2009, quando tive a oportunidade de trabalhar na AB do município de Londrina.

A observação da cena descrita acima, em meu primeiro dia de trabalho, aliada a minha experiência profissional anterior, me faziam pensar em maneiras de conhecer melhor as necessidades daquelas pessoas. Iniciei meu trabalho no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), e entre muitas atividades, realizei o levantamento de dados sobre os pacientes diabéticos insulino-dependentes das Unidades de Saúde sob minha responsabilidade: quem eram eles, qual o percentual de homens e mulheres, quem aderiu e quem não aderiu ao tratamento, quais eram os pacientes de cada microárea..., ao final desse reconhecimento, as informações foram repassadas para as equipes de saúde como forma de sensibilizá-las quanto aos cuidados dessa população. Não fazia ideia que o que eu estava fazendo era um diagnóstico do território. Minha formação profissional não favoreceu o conhecimento mais aprofundado sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), seus princípios e diretrizes. Minha aproximação com o SUS e a AB se deram após minha entrada

como trabalhadora na área de saúde pública, aproximadamente 12 anos após a conclusão da minha graduação.

Desde 2009 tenho trabalhado no NASF do município de Londrina. O apoio a Estratégia Saúde da Família (ESF) me encanta e me desafia ao mesmo tempo. O encantamento vem do trabalho em equipe e da possibilidade do cuidado integral aos usuários, o desafio, também, provém das mesmas situações: como trabalhar em equipe, de tal forma que esse trabalho possibilite o cuidado integral? Quais instrumentos devem ser utilizados para favorecer esse cuidado? Por que algumas equipes conhecem tão pouco sobre suas áreas de abrangência? Como organizar a demanda de forma que o cuidado seja oferecido de forma integral?

A busca por essas respostas me fez ingressar, em 2014, no curso de Mestrado em Saúde Coletiva da UEL. Diante das minhas inquietações, decidi estudar sobre o tema Territorialização e Planejamento, a fim de conhecer como esses instrumentos de trabalho são compreendidos pelas equipes Saúde da Família e NASF, e como podem contribuir para o fortalecimento da Atenção Básica. O tema escolhido foi apresentado em meu projeto de pesquisa para o ingresso no Programa de Mestrado, e se manteve, após uma conversa com minha professora orientadora.

O trabalho está estruturado em seis capítulos. A introdução, primeiro capítulo, traz uma contextualização do SUS e da AB, apresenta a ESF e o NASF, e menciona as ações de territorialização e de planejamento como dispositivos para o fortalecimento da AB. O segundo capítulo apresenta os objetivos. No terceiro capítulo são tratados os pressupostos teóricos: As equipes de Saúde, Territorialização, Planejamento, e Cuidado Integral em Saúde. A trajetória metodológica está descrita no quarto capítulo, em que é descrito também o histórico da AB no município de Londrina. Os resultados e a discussão são apresentados no quinto capítulo, que se inicia com a caracterização da Unidade de Saúde e dos profissionais entrevistados, e na sequência apresenta três Categorias de Análise: Arranjos e Dispositivos para Interagir, Organizar e Planejar; O Reconhecimento do Território; e Cuidado Planejado. E, por fim, no sexto capítulo, estão as considerações finais, que incluem as reflexões e as contribuições, a respeito do tema proposto, de acordo com os objetivos do estudo.

INTRODUÇÃO

2. INTRODUÇÃO

A Constituição Brasileira de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8080 de 1990 (BRASIL, 1990a). Segundo a Constituição Federal, “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doenças e de outros agravos, e o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). O artigo terceiro da lei nº 8080 foi alterado pela lei nº 12864, de 24 de setembro de 2013, e de acordo com o texto legal, a saúde é determinada e condicionada por alguns fatores, dos quais citam:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 2013).

O SUS tem por princípios doutrinários: a universalidade, a equidade e a integralidade. Dos princípios doutrinários derivaram alguns princípios organizativos do SUS, tais como: a descentralização, a hierarquização, a participação dos cidadãos, a resolubilidade e a complementaridade com o setor privado (BRASIL, 2000a).

A atenção à saúde no Brasil está organizada em níveis de complexidade, a saber: AB, Média Complexidade e Alta Complexidade. A AB, constituída pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), se responsabiliza pela maior parte das ações de saúde; a Média Complexidade é responsável por serviços e ou procedimentos especializados para o apoio diagnóstico e tratamento; e a Alta Complexidade requer procedimentos de alto custo (MENDES, 2009). Segundo o decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011, que regulamentou a lei nº 8080, a AB é considerada uma porta de entrada aos serviços de saúde. Além da AB, são também consideradas também portas de entrada: os serviços de urgência e emergência, de atenção psicossocial, e especiais de acesso aberto (BRASIL, 2011).

A Atenção Básica é regulamentada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), homologada pela Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, e atualizada

pela portaria nº2488/GM de 21 de outubro de 2011. De acordo com esses documentos a AB caracteriza-se:

por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012, p. 19).

A Atenção Básica se caracteriza por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde e que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Deve ser o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. E, ainda, por estabelecer vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a população; por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidades (BRASIL, 2012).

O Programa de Saúde da Família (PSF) está implantado no país desde 1994, constitui-se em uma estratégia empregada na Atenção Básica, que se propõe a contribuir para a reorientação do modelo assistencial, antes pautado na doença e em práticas individualistas e curativas. O foco da atenção passa a ser o indivíduo e não somente a sua doença e as práticas devem ser voltadas para o cuidado integral das pessoas, em seu contexto familiar e comunitário, com atendimento multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 1998a). Desde 2006, a denominação Programa vem sendo substituída pelo termo Estratégia, para caracterização do conjunto de práticas que integram a proposta da Saúde da Família no Brasil (BRASIL, 2010a).

A implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) trouxe muitos avanços para a saúde dos cidadãos brasileiros, das quais citam: a expansão do acesso à saúde pela população, a redução das taxas de mortalidade infantil, a redução de

internações por condições sensíveis à AB, a melhoria do cuidado a diversas condições de saúde, e, uma maior participação da população na gestão da saúde (SARTI et al., 2012). Condições sensíveis à AB podem ser definidas como um conjunto de problemas de saúde, que com a efetiva ação da AB, contribuem para diminuição de internações hospitalares. Atividades desempenhadas pela AB como prevenção de doenças, diagnóstico e o tratamento precoce de condições agudas, controle e acompanhamento de condições crônicas devem contribuir para reduzir as taxas de internações hospitalares causadas por esses problemas. As condições sensíveis a AB podem ser utilizadas para avaliar o desempenho dos sistemas de saúde, uma vez que altas taxas de internações por condições sensíveis à AB podem indicar graves problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho (ALFRADIQUE et al., 2009).

Para ampliar o escopo das ações das equipes Saúde da Família (eSF), o Ministério da Saúde (MS) criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Um NASF é constituído por uma equipe multiprofissional, que atua em conjunto com os profissionais das eSF, ao compartilhar e apoiar as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das eSF. O NASF deve atuar dentro de algumas diretrizes relacionadas à AB, entre elas: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2009a).

O princípio da integralidade é a principal diretriz a ser exercitada pelo NASF, no cotidiano de seu trabalho. Para se entender a integralidade é preciso considerar alguns aspectos: a abordagem integral do indivíduo, ao compreendê-lo em seu contexto familiar, social e cultural, com a garantia do cuidado longitudinal, isto é, ao longo de todo seu ciclo de vida (BRASIL, 2009a).

Segundo a PNAB o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação são atribuições comuns a todos os profissionais da ESF e NASF. O território é o espaço onde as relações acontecem, por isso vai além de uma extensão geográfica, pois apresenta “um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território dinâmico e em permanente construção” (MONKEN; BARCELLOS, 2005, p. 898). O território é o local onde ocorre a interação entre a população e os serviços de saúde, é

caracterizado por uma população que vive em um tempo e espaço singulares, que possui problemas e necessidades de saúde, dos quais, para serem resolvidos, precisam ser compreendidos pelos profissionais e gestores dos serviços de saúde (GONDIM et al., 2009). O reconhecimento desse território é a premissa para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, para a avaliação do impacto dos serviços de saúde sobre os níveis de saúde dessa população, e para o desenvolvimento de ações de planejamento para intervir nesses problemas, a fim de garantir a resolubilidade ao sistema (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Para que o planejamento em saúde ocorra é necessária a obtenção de informações que sejam úteis para o reconhecimento das necessidades de saúde de uma comunidade ou de um indivíduo, assim é possível promover a organização da oferta dos serviços. Sem um planejamento adequado os serviços de saúde podem funcionar de forma fragmentada e desordenada. O planejamento é um processo que consiste em um conjunto de ações direcionado para tornar um objetivo realidade.

Para o alcance dos objetivos estabelecidos no planejamento devem ser considerados aspectos como prazo, custos, qualidade, segurança, desempenho e outros condicionantes, que possibilitem a tomada de decisões antecipadas (BRASIL, 2009b). Reconhece-se que os recursos financeiros destinados às ações e serviços de saúde podem ser melhores utilizados por meio de um planejamento voltado para o atendimento às necessidades de saúde de uma população. O planejamento do SUS está pautado na análise da situação de saúde e na identificação dos determinantes e dos condicionantes de saúde da população; além de possibilitar a integração entre vigilância, promoção e assistência em saúde (BRASIL, 2010b).

A relevância da territorialização e do planejamento estão relacionados à organização do cuidado pelos serviços de saúde da AB às necessidades de uma população, família ou indivíduo. Por meio da territorialização e do planejamento os serviços de saúde podem se organizar para ofertar o cuidado às demandas, sejam elas espontâneas ou não. Assim, seria possível proporcionar a oferta organizada em função dos principais agravos e grupos populacionais, como também, para os atendimentos em casos de procura espontânea, como por exemplo, um caso de urgência. (FERREIRA et. al., 2010). Os cuidados a uma população incluem a atenção ao indivíduo, à vigilância dos problemas mais importantes e seus determinantes, ao empenho para a obtenção da melhoria da saúde e das condições

de vida dos indivíduos e ao planejamento das intervenções, que podem ser preventivas ou terapêuticas (SARTI et al., 2012).

Acredita-se que a Atenção Básica (AB) tenha um papel fundamental, estruturante e organizador das práticas de cuidado, por favorecer a produção de vínculos terapêuticos, em conjunto com a corresponsabilização, a organização do cuidado em rede, com trabalho em equipe e com sua ação sobre o território, capaz de ofertar, de acordo com as singularidades das situações, uma atenção à saúde resolutiva. Ações como a territorialização e o planejamento podem ser dispositivos utilizados para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família e da Atenção Básica no Brasil.

Segundo Pessoa et al. (2013) não há muitas publicações científicas que auxiliem os profissionais da AB a realizarem o processo de territorialização. Outros autores confirmam uma carência de iniciativas para o planejamento das ações de saúde, resultando em um processo de trabalho pouco reflexivo, pautado na resolução de problemas imediatos que surgem da demanda por atendimentos não programados (SARTI et al., 2012).

Diante dessa perspectiva, este estudo buscou compreender como as eSF e a equipe NASF de uma Unidade de Saúde do município de Londrina realizaram as ações de territorialização e planejamento, e qual o significado desse trabalho para eles.

OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Compreender o processo de territorialização e de planejamento em uma Unidade Saúde da Família.

3.2 Objetivos Específicos

- Analisar o entendimento das eSF e equipe NASF quanto à territorialização e o planejamento das ações em saúde.
- Descrever estratégias que favoreçam a interação entre as eSF e equipe NASF no processo de trabalho.
- Identificar fragilidades e potencialidades das equipes em relação à territorialização e planejamento.

PRESSUPOSTOS E REFERENCIAL TEÓRICO

4. PRESSUPOSTOS E REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 AS EQUIPES DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA

As ações das eSF compreendem a promoção da saúde, a prevenção, a recuperação, a reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e a manutenção da saúde de uma comunidade. A atuação das equipes ocorre principalmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), mas também está previsto o trabalho externo: nas residências e nos espaços da comunidade, como igrejas, parques, escolas, centros de convivência, entre outros (BRASIL, 2006).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é constituída por equipe multiprofissional, composta por médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). O número de ACS deve ser de no máximo 12 por equipe. Quando ampliada, conta também com um cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar de consultório dentário e/ou técnico em higiene dental. A carga horária semanal de trabalho é de 40 horas para todos os profissionais de saúde membros da equipe de Saúde da Família, com exceção dos profissionais médicos que podem cumprir 32 horas na ESF e oito horas na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em Saúde da Família, também podem atuar dois profissionais com 20 horas cada um deles (BRASIL, 2012).

O NASF constitui-se em apoio para as eSF, ao desenvolver um trabalho compartilhado e colaborativo de forma clínico-assistencial e técnico-pedagógica. A dimensão clínico-assistencial do NASF é a ação clínica direta com os usuários; e a dimensão técnico-pedagógica diz respeito a uma ação de apoio educativo com e para as eSF. O NASF faz parte da AB, por isso não se constitui como serviço com unidades físicas independentes e não é porta de entrada para o atendimento individual ou coletivo, mas, quando necessário, esse tipo de atendimento deve ser regulado pelas equipes de saúde (BRASIL, 2014a).

Uma equipe NASF poderá ter em sua composição as seguintes ocupações: assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico;

fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico acupunturista; médico geriatra; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; médico internista (clínica médica); médico pediatra; médico psiquiatra; médico do trabalho; médico veterinário; nutricionista; psicólogo; profissional com formação em arte e educação (arte educador); profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas; e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2012).

De acordo com a Portaria nº3.124 de 2012, o NASF pode ser organizado em três modalidades: NASF 1, 2 ou 3. A diferença entre as modalidades é a somatória das cargas horárias semanais dos membros da equipe e o número de equipes a que estão vinculados. No NASF 1, a soma semanal das cargas horárias dos membros da equipe deve ser de no mínimo duzentas horas, sendo que cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 e no máximo 80 horas de carga horária semanal. O NASF 1 deve estar vinculado a no mínimo 5 e no máximo 9 eSF. No NASF 2, a somatória das cargas horárias deve acumular no mínimo 120 horas semanais, podendo estar vinculado a no mínimo 3 e no máximo 4 eSF, cada ocupação isolada deve cumprir no mínimo 20 e no máximo 40 horas de carga horária semanal. Na modalidade NASF 3, o total da carga horária semanal deve ser de 80 horas, cada ocupação deve cumprir no mínimo 20 e no máximo 40 horas, e poderá estar vinculado a no mínimo uma e a no máximo duas eSF. A escolha das categorias profissionais para fazerem parte das equipes NASF, em quaisquer das modalidades, deve ser definida pelos gestores municipais, segundo critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais. O município poderá escolher apenas uma modalidade a ser implantada (BRASIL, 2012).

Campos e Domitti (2007) sugerem a definição de dois conceitos para as equipes de saúde: equipe de referência e apoio matricial. De acordo com o autor a equipe de referência é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais na condução de problemas de saúde dos usuários, como é o caso das eSF. O apoio matricial é conduzido por um conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio, ao oferecer suporte assistencial e técnico-pedagógico às equipes de referência (eSF), como é o caso da equipe NASF. O objetivo desse tipo de

composição é ampliar o olhar da equipe, já que se considera que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral.

É pressuposto para a eSF e para a equipe NASF o trabalho em equipe. Ainda é predominante a ideia de que o trabalho em equipe nos serviços de saúde seja a existência de um agrupamento de vários profissionais, atendendo a uma mesma população, dentro de um mesmo local. Essa ideia pode levar a práticas individualizadas e fragmentadas, fortalecendo o modelo biomédico. A composição das equipes de saúde é multiprofissional, mas a relação entre os profissionais precisa ter um caráter interprofissional e interdisciplinar. Segundo Peduzzi et al. (2012) o termo multiprofissional diz respeito a um agrupamento de profissionais com formação em diferentes áreas que atuam em um mesmo local de trabalho, porém, não há interação entre seus trabalhos. O termo interprofissional faz referência ao trabalho desempenhado por vários profissionais, de diversas áreas, através da integração, interação e comunicação entre eles, ocorre uma interdependência entre as diferentes áreas, mas a especificidade do trabalho de cada profissional é preservada. Já o termo interdisciplinar faz menção a diferentes disciplinas ou áreas do conhecimento que interagem entre si, há uma interdependência entre elas e a autonomia de cada uma delas também é preservada, é necessário interação e comunicação entre os membros da equipe, para que o enriquecimento do conhecimento aconteça.

Nesse sentido Campos (1997, p. 248) define os termos núcleo de competência e de responsabilidade e campo de competência e de responsabilidade. “Por núcleo entende-se o conjunto de saberes e responsabilidades específicos a cada profissional”, cada profissional da equipe tem sua própria área de conhecimento, e “por campo entende-se os saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a vários profissionais ou especialidades”, por exemplo, toda a equipe deveria conhecer sobre os princípios do SUS e sobre as diretrizes da AB, como por exemplo, que todo o trabalho de uma equipe de saúde está concentrado em um território delimitado.

4.2 TERRITORIALIZAÇÃO

A AB é considerada uma das portas de entrada para os serviços de saúde e se desenvolve com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próximo da vida das pessoas, e está organizada em bases territoriais (BRASIL, 2012).

A compreensão do território é uma etapa fundamental para a caracterização das populações e de seus problemas de saúde, além de: pressupor uma distribuição dos serviços de saúde que atendam uma área geográfica delimitada; facilitar o acesso das pessoas aos serviços mais próximos de suas moradias e possibilitar a corresponsabilização sanitária das equipes de saúde pela população local. O território pode ser compreendido como um espaço físico, composto por elementos geográficos (áreas de florestas e desmatadas, a fauna, a flora, o relevo, a hidrografia, o clima), pelas modificações realizadas pelo homem para habitar esse solo (sistema viário, construções, indústrias, saneamento básico, aterros sanitários, entre outros), e pela dinâmica social existente entre os habitantes deste território e a forma como se apropriam e utilizam essa área (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

As populações vivem em territórios diferentes e essas diferenças podem interferir em sua saúde, como exemplo citam-se as comunidades que habitam as regiões norte e sul do Brasil. No norte tem-se por hábito o consumo de peixe e a variação de temperatura é pequena, e na maior parte do tempo é calor, enquanto os moradores da região sul tem consumo elevado de vinho e convivem com uma grande variação da temperatura climática, há épocas de muito frio e épocas de muito calor. Essas especificidades da dieta e do clima podem interferir de maneira desigual em cada população, podendo contribuir para o aparecimento, ou não, de diferentes problemas de saúde. Além dos hábitos e do clima, há nas diversas regiões brasileiras desigualdades que podem levar a importantes consequências para as condições de saúde, em alguns municípios, o saneamento básico pode estar comprometido, devido aos recursos escassos para serem investidos nessa área, enquanto outros não apresentam esse tipo de problema (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

Os diferentes territórios refletem os hábitos, a cultura, e o comportamento de uma sociedade e é a reprodução de uma construção histórica e social com características locais próprias. Alguns hábitos e comportamentos, que podem ser causa ou proteção para determinadas doenças, como alimentação, fumo, uso de

defensivos agrícolas, uso (ou não) de preservativos, entre outros, podem aparecer de maneira distinta em comunidades diferentes. Essas diferenças precisam ser reconhecidas para que as equipes de saúde tenham condições de atuar sobre os fatores condicionantes e determinantes da saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

A territorialização, um dos pressupostos para o trabalho da ESF, caracteriza-se por: reconhecer a população de um território, o ambiente e as relações sociais existentes nessas áreas, e assim, demarcar os limites territoriais para a atuação das equipes de saúde. No processo de delimitação de áreas pelas equipes de saúde, são identificados os seguintes territórios: Território-Área, Território-Microárea e Território-Moradia ou Território-Domicílio. O Território-Área diz respeito à delimitação de uma área de abrangência de uma unidade de saúde, é a área de atuação das equipes de saúde. O Território-Microárea, é a área de atuação do ACS, dentro da microárea pode ser delimitada a microárea de risco que é considerada uma área prioritária para a atuação da ESF, uma vez que concentra as piores condições socioambientais, como por exemplo, saneamento básico e renda. Entretanto a definição da delimitação territorial da microárea de risco pode se constituir em um difícil processo por estarem presentes em diferentes espaços dentro de um mesmo território. E por fim, Território-Moradia ou Território-Domicílio que é o local de residência da família (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

A delimitação de uma área de abrangência é considerada uma das práticas mais difíceis para os serviços de saúde, pois diz respeito a definir uma população adscrita (CARVALHO, 2003). Adscrição da população é um processo no qual se vinculam usuários, famílias ou grupos de uma área de abrangência, aos profissionais ou as equipes de referência, a fim de estabelecer o cuidado a essas pessoas. Esse processo considera que cada equipe se responsabilize pela cobertura de uma área geográfica delimitada que contenha certo número de famílias que possam ser acompanhadas pela equipe (BRASIL, 2012).

Para facilitar os princípios do acesso, do vínculo, da continuidade do cuidado e da responsabilidade sanitária, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) recomenda que nos grandes centros urbanos, haja uma UBS, sem atuação das equipes Saúde da Família, para no máximo 18 mil habitantes, ou uma UBS com Saúde da Família para no máximo 12 mil habitantes. As eSF se responsabilizam pelo acompanhamento de um número definido de habitantes, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, localizadas em uma área

geográfica delimitada. Cada ACS pode acompanhar no máximo 750 pessoas, não ultrapassando o limite recomendado de pessoas por equipe. A PNAB faz uma recomendação quanto à quantidade de pessoas acompanhadas pelas equipes, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas acompanhadas pela equipe de saúde (BRASIL, 2012). Nesse ponto faz-se uma reflexão: será que a quantidade de pessoas vinculada a uma UBS, seja com ou sem saúde da família, facilita os princípios do acesso, do vínculo, da continuidade do cuidado e da responsabilidade sanitária? Cuidar de 18 ou 12 mil pessoas é algo muito complexo que exige um preparo contínuo das equipes de saúde, uma vez que o território está em constante processo de mudança e transformação, além de ser um número bastante expressivo e talvez até excessivo para o número de profissionais das eSF.

Além do território onde as pessoas habitam, há de se considerar também os territórios descontínuos, que podem ser compreendidos como os outros territórios que fazem parte da vida das pessoas, como os locais de lazer e de trabalho, esses locais podem estar distantes da moradia, e mesmo assim fazer parte do processo saúde-doença de um indivíduo (CARVALHO, 2003). Sabe-se que o uso do território é limitado para o reconhecimento das características de uma população, pois nenhum ambiente pode estar contido totalmente dentro de um território, nem os processos sociais estão restritos somente a esse espaço. É importante atuar sobre os territórios, mas é preciso reconhecer que os problemas, muitas vezes, não estão limitados somente em uma área geográfica (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

É no território que a vida pulsa, e o processo da vida é dinâmico. Os moradores de um território estão em constante movimento, sua vida e seus problemas não estão contidos em um único espaço delimitado, seu problema pode estar a quilômetros de distância, como por exemplo, a preocupação com um filho doente que mora em outra localidade. Outro exemplo é o caso das doenças transmissíveis, como a dengue e a gripe, tais doenças podem se distribuir em vários locais, não respeitando os limites territoriais (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

Para se conhecer um território é importante que se reconheça como as condições de saúde e doença ocorrem em um determinado território. Segundo Rouquayrol e Goldbaum (2003) a epidemiologia pode ser entendida como uma ciência cujo objetivo é o estudo do processo saúde-doença em populações, análise da distribuição dos fatores determinantes das enfermidades, propor o controle e

erradicação das doenças e de medidas de prevenção, e também fornecer indicadores para o planejamento e avaliação das ações de saúde.

Os Indicadores de saúde são medidas que contêm dados relevantes sobre o estado de saúde de uma população, bem como do desempenho do sistema de saúde, podem ser organizados em subconjuntos temáticos tais como: demográficos (população total, razão de sexos, proporção de idosos na população, entre outros) socioeconômicos (taxa de analfabetismo, nível de escolaridade, taxa de desemprego, e outros), mortalidade (infantil, materna, por causas externas, por neoplasias, e outros), morbidade e fatores de risco (prevalência de hipertensão arterial e diabetes mellitus, incidência de sarampo, e vários outros), recursos (número de profissionais de saúde por habitantes, gasto público com saúde per capita, entre outros) e cobertura (número de consultas médicas por habitantes, cobertura vacinal, cobertura de consultas de pré-natal, cobertura de redes de abastecimento de água, entre muitos outros) (REDE, 2008).

O dado pode ser definido como um número bruto, ou como a matéria-prima da informação, por exemplo, o número de óbitos de uma localidade em determinado período, já a informação é o conhecimento obtido a partir dos dados, ou ainda, é o resultado da análise e interpretação de um ou vários dados, como por exemplo, a explicação dos motivos pelas quais as pessoas morreram (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

As informações em saúde podem ser definidas como um conjunto de informações sociais, demográficas e epidemiológicas utilizadas como apoio ao planejamento e a tomada de decisões, cuja finalidade é identificar os problemas de uma população e buscar suas possíveis resoluções. As principais fontes de informações para a construção de indicadores podem ser encontradas nos Sistemas de Informações de Saúde (SIS) do Ministério da Saúde. A OMS traz o seguinte conceito para SIS: “um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se organizar e operar os serviços de saúde, e também, para a investigação e o planejamento com vistas ao controle de doenças” (FIALHO JUNIOR, 2004, p. 33).

No Brasil os principais Sistemas de Informação em Saúde são: o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos

(SINASC), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), e o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) (substituído em 2013, pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB). A confiabilidade dessas informações depende da qualidade do registro, a partir dos serviços e profissionais envolvidos (FIALHO JUNIOR, 2004).

Além das informações obtidas no SIS, outras podem ser encontradas na página eletrônica do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) através do endereço eletrônico: www.datasus.gov.br. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) também divulga dados sobre a população e domicílios, serviços de saúde, ensino, renda e outros. Todas essas informações podem servir de auxílio para o reconhecimento de um território (REDE, 2008), no entanto é importante salientar que é bastante difícil a obtenção de informações descentralizadas para o nível local, nos bairros ou nas áreas de abrangência de uma unidade de saúde (BARCELLOS; MONKEN, 2007).

Para a Vigilância em Saúde é fundamental que se compreenda os caminhos que as doenças percorrem para que as medidas de controle necessárias sejam tomadas. A Vigilância em Saúde é uma proposta do Ministério da Saúde que sugere ações sobre um território. Iniciou-se no Brasil na década de 1990, quando os serviços de saúde buscavam organizar e redefinir as práticas em saúde ao tentar articular os conhecimentos da epidemiologia e do planejamento. Naquela época a preocupação era buscar a integração das diferentes lógicas existentes: os serviços para o atendimento à demanda espontânea, os programas especiais, como programa de vacinação, e a oferta organizada dos serviços baseados na identificação das necessidades de saúde da população (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

De acordo com o artigo 2º da Portaria nº 1378 de 2013:

A Vigilância em Saúde constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (BRASIL, 2013a, Art. 2º).

Ainda segundo a Portaria citada acima, no artigo 4º, as ações de Vigilância em Saúde devem abranger toda a população e envolver nos processos de trabalho dos profissionais de saúde ações voltadas para: “a vigilância da situação de saúde da população, com a produção de análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública”. O documento, no artigo 3º, também refere que: “as ações de Vigilância em Saúde são coordenadas com as demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir a integralidade da atenção à saúde da população” (BRASIL, 2013a, Art. 4º e 3º). A territorialização é um instrumento que pode ser utilizado pela Vigilância em Saúde para a caracterização e para a análise de situação de saúde de uma população a partir dos dados e informações, obtidos nesse processo.

A territorialização, portanto, pode ser compreendida como um método de obtenção e análise de informações sobre as condições de vida e saúde de populações; ou ainda, um processo na qual se identificam grupos, famílias e indivíduos de um território adscrito, e os fatores condicionantes e determinantes de sua saúde; é uma ação fundamental para a análise da situação de saúde da população adscrita, e para o planejamento e a implantação de ações estratégicas para intervir nos problemas encontrados, a fim de garantir a resolubilidade ao sistema, contribuir para uma melhor atenção às necessidades locais, para o uso eficiente dos recursos e, conseqüentemente, para a consolidação do SUS (PESSOA et al., 2013; MONKEN, 2008).

4.3 PLANEJAMENTO

O planejamento se caracteriza como um processo social ao orientar a ação humana para o alcance de uma finalidade ou para a transformação de uma realidade. Também possui uma dimensão técnica, que não exclui a dimensão social, é um método, uma ferramenta ou uma tecnologia de gestão que pode ser útil no processo de trabalho. O planejamento pode ser abordado como um tipo de trabalho que organiza outros trabalhos para a obtenção de resultados dentro das instituições (VILASBÔAS; PAIM, 2008).

Nas sociedades capitalistas o planejamento econômico e social só foi admitido após crise econômica mundial dos anos 30. Nessa época John M. Keynes, economista inglês, propôs uma maior intervenção do Estado na economia com o intuito de diminuir a importância e a frequência das crises, e sua proposta foi o planejamento estatal. O Estado dotado de instrumentos efetivos de política econômica seria capaz de regular a taxa de juros, aumentar o consumo e expandir o emprego. Resolver a situação política e econômica era também a forma mais eficaz de se contrapor ao avanço do mundo socialista emergente e presente no continente europeu após a Segunda Guerra (GIOVANELLA, 1991).

Na América Latina o planejamento foi introduzido a partir da década de 40 por influência da ONU (Organização das Nações Unidas). Através da Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL) organismo internacional ligado a ONU, difundiu-se a noção do planejamento enquanto necessidade para alcançar o desenvolvimento. As propostas de planejamento na América Latina foram inicialmente elaboradas para a economia, mas progressivamente o campo de atuação para o planejamento foi ampliado sendo introduzido também nos setores sociais, incluindo a saúde (GIOVANELLA, 1991). O Centro de Desenvolvimento (CENDES), órgão criado na Venezuela e apoiado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), desenvolveu o método CENDES-OPAS, em 1965. O método consistiu em um enfoque sistêmico de programação de recursos para a saúde, baseado em análises de custo-benefício. É um método normativo e contemplava uma proposta de priorização dos danos à saúde e de programação de recursos que visava a aumentar as atividades e reduzir os custos. O método possuía uma proposta tecnocrática, onde o planejador, baseado em seus conhecimentos técnicos fazia o plano e estabelecia prioridades (GIOVANELLA, 1991).

Contudo, os planos elaborados não consideraram alguns aspectos como a variabilidade e complexidade da realidade, os conflitos e os diferentes interesses, que o tornaram pouco úteis para a intervenção. O método caiu, então, em descrédito e a própria OPAS assumiu o fracasso do método. Porém, como resultado de sua ampla divulgação, alguns dos componentes do método CENDES-OPAS ainda permanecem e, se não são aplicados, pelo menos continuam sendo ensinados em variados cursos. Um exemplo do que ficou é a eleição de prioridades baseada nos critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade, assumindo-se uma visão tecnocrática da programação de saúde (GIOVANELLA, 1991). A magnitude se

refere ao número de pessoas atingidas por uma doença em uma população, utiliza indicadores como taxa de prevalência e incidência; a transcendência está relacionado ao custo pessoal e social dos agravos, ou seja, o processo saúde-doença-intervenção que interfere diretamente nas relações sociais, econômicas, profissionais e culturais; e vulnerabilidade corresponde ao controle das doenças através de investimentos e conhecimentos específicos (GONÇALVES, 2006).

O planejamento normativo ou tradicional possui um caráter determinista em que a realidade é entendida de forma estática e passiva e tenderia a se submeter às mudanças planejadas. Há ênfase nos procedimentos, no preenchimento de fichas e formulários, reduzindo o processo de planejamento a um mero formalismo. O planejador é o principal agente de mudança, e desconsidera os fatores sociais, políticos e culturais. Com o fracasso do método CENDES/OPAS seus idealizadores, entre eles Carlos Matus e Mário Testa passaram a refletir sobre os erros do antigo método e propuseram as bases para o planejamento estratégico em saúde (GIOVANELLA, 1991).

Giovanella (1991) identifica a existência de três vertentes de planejamento estratégico em saúde na América Latina: o planejamento situacional de Matus, as propostas de Mario Testa e o enfoque de Barrenechea e Trujillo. As três vertentes têm em comum a ação estratégica e sua ruptura com o planejamento normativo, admitem a impossibilidade de contar com um plano pré-estabelecido que dê conta de todas as condições do real devido à complexidade dos processos sociais. Cada uma, porém apresenta um enfoque específico com diferentes ênfases. Matus dá prioridade aos problemas de condução e governabilidade e procura instrumentalizar a condução de governo, através de uma metodologia própria. Testa aponta e aprofunda as questões do Poder, e Barrenechea e Trujillo fornecem instrumentos para a execução de ações setoriais.

O sanitarista argentino Mário Testa, propõe um processo de planejamento em saúde baseado na mudança social. Testa entende saúde como "*o jeito de andar a vida*" e considera que a epidemiologia social contribui para compreender o processo saúde-doença, consequência de diferenças de classes sociais e das desigualdades. Os problemas de saúde, enquanto problemas sociais, só podem ser resolvidos a partir do próprio social. Para mudar o social, é necessário pensar na questão do Poder, pois o Poder é categoria central na análise da dinâmica social. Significa pensar em como a forma de implementar uma ação de saúde, a estratégia, leva a

alcançar um certo deslocamento de poder, uma política favorável à resolução do problema. Defende um enfoque de planejamento que não represente um excesso de formalização política, como ocorre com Matus, com um componente fortemente comunicacional, trazendo à tona a teoria do agir comunicativo de Habermas (GIOVANELLA, 1990). Propõe, ainda a formação de uma equipe de saúde organizada democraticamente, que discuta suas práticas e decisões, e a abertura das instituições de saúde à participação das organizações populares, para a discussão das práticas aí realizadas, objetivando a transformação das concepções de mundo desses sujeitos. Mário Testa faz uma proposta de planejamento, mas, não propõe um método. Propõe um modo de entender o processo de planejamento e dá uma direção ao processo, mas não o instrumentaliza (GIOVANELLA, 1990).

O Planejamento Estratégico Situacional (PES), proposto pelo economista chileno Carlos Matus, é um instrumento para o planejamento, cuja trajetória é flexível, sujeita a revisões de acordo com as circunstâncias. A modificação do sistema baseia-se no conhecimento da realidade e não numa imposição sobre a realidade. Não dissocia conhecimento da ação, considera o conflito como parte do processo, além da análise da viabilidade política do plano. O ator que projeta o plano está dentro da realidade e coexiste com outros atores que também planejam. Planejar, para Matus, é conduzir o processo, e o fracasso do planejamento é também fracasso da condução. O PES trabalha com problemas, pois a realidade está repleta deles (HUERTAS, 1996). Foi desenhado para ser utilizado no nível central, porém seu formato flexível possibilita ser aplicados em níveis regionais/locais, ou mesmo setoriais.

O planejamento estratégico pode ser entendido como um conjunto de afirmações básicas, estabelecido de forma participativa, que fundamenta as ações, a estrutura e o quadro de pessoal da organização. É um processo contínuo, de referência para o desenvolvimento dos planos operacionais e da previsão orçamentária, estabelece metas e indicadores com acompanhamento e avaliação e, se necessário, o realinhamento tanto do planejamento estratégico como dos planos operacionais (BRASIL, 1998b).

Não há um conceito único para planejamento estratégico, mas existem algumas condições para que seja aplicado: a consciência de sua necessidade, informações relevantes para o planejamento e a participação de todos os envolvidos. Há ainda dois aspectos importantes para o sucesso de um plano: a

clareza e o rigor com que é elaborado e a competência da sua gestão (CURITIBA, 2000).

O planejamento estratégico é parte do arcabouço legal do SUS. De acordo com a Lei nº 8080 de 1990, compete à direção nacional do SUS a elaboração do Planejamento Estratégico Nacional, em cooperação técnica com os estados, municípios e o Distrito Federal. São atribuições dos três entes federados: a elaboração e atualização periódicas do Plano de Saúde (o Plano de Saúde é a base para a programação das ações em saúde em cada nível de governo); a elaboração da proposta orçamentária do SUS, em conformidade com o Plano de Saúde, e a promoção da articulação das políticas e dos Planos entre os três níveis de gestão. A alocação de recursos é determinada pelas prioridades baseadas em padrões epidemiológicos, sendo os municípios os responsáveis pela execução das ações, o que justifica **o planejamento a partir da base local**, ascendendo para os outros níveis de gestão (BERRETA, 2010, grifo nosso).

Em 2006, através da Portaria GM nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006, (posteriormente substituída pela Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013), o Ministério da Saúde criou o Sistema de Planejamento do SUS conhecido como PlanejaSUS. De acordo com a Portaria nº 2.135 de 2013, constituem pressupostos do Sistema de Planejamento, entre outros: o planejamento deve ser orientado a partir dos problemas e necessidades de saúde apresentadas pela população; deve ser ascendente e integrado, do nível local até o federal; e deve promover a transparência e visibilidade da gestão da saúde, mediante incentivo à participação da comunidade (BRASIL, 2013c).

Constituem-se como instrumentos do PlanejaSUS: o Plano de Saúde (PS); a Programação Anual de Saúde (PAS); e o Relatório Anual de Gestão (RAG). O PS é elaborado a partir da análise situacional de saúde de uma população, é estruturado em objetivos, diretrizes e metas, e apresenta as intenções e resultados a serem alcançados no período de quatro anos. A PAS é o instrumento que operacionaliza as intenções do PS e o RAG apresenta os resultados alcançados com a execução da PAS (VIEIRA, 2009).

O quadro 1 apresenta as etapas para elaboração de um Plano de Saúde. Considerando que o planejamento deve ser ascendente e integrado, do nível local até o federal, a partir dos problemas e necessidades de saúde de uma população, as equipes de saúde podem colaborar com a construção desse instrumento por

meio das informações obtidas no processo de territorialização. Essas informações estariam presentes, principalmente, no momento Análise de Situação de Saúde, nos passos 1, 2, 3, 4 e 5 cujos conteúdos são respectivamente: caracterização da população, identificação dos problemas de saúde, priorização dos problemas de saúde e construção da rede explicativa dos problemas priorizados, e apresentação da análise de situação ao Conselho Municipal de Saúde. Entretanto a equipe de saúde, por meio de seus representantes, também pode e deve participar dos outros momentos da elaboração do Plano de Saúde (PAIM, 2006). Conforme a lei nº 8142 de 1990, que regulamenta a participação e o controle social no SUS, o Conselho de Saúde deve ser constituído em 50% por usuários do SUS, 25% por profissionais de saúde do SUS, e 25% por prestadores de serviço (incluindo os representantes do governo municipal) (BRASIL, 1990b).

Quadro 1: Etapas para a elaboração de um Plano de Saúde.

Momentos	Passos	Conteúdo
Análise da Situação de Saúde	1	Caracterização da população
	2	Identificação dos problemas de saúde
	3	Priorização dos problemas de saúde
	4	Construção da rede explicativa dos problemas priorizados
	5	Apresentação da análise de situação ao Conselho Municipal de Saúde
Definição de Políticas (objetivos)	6	Definição das “linhas de ação” a partir dos problemas priorizados no município e das prioridades nacionais
	7	Elaboração dos Objetivos (Políticas)
	8	Definição de ações e atividades para o alcance de cada objetivo
Desenho das estratégias	9	Definição dos responsáveis, prazos e recursos envolvidos em cada Módulo Operacional
	10	Análise de viabilidade das ações propostas e ajustes em cada Módulo Operacional
	11	Definição dos indicadores de acompanhamento e avaliação do alcance dos objetivos e cumprimento das atividades propostas
Elaboração do Orçamento	12	Realização de estimativa de recursos a serem disponibilizados nos próximos quatro anos
	13	Estimativa de gasto em cada módulo operacional
	14	Elaboração da proposta orçamentária do Plano Municipal de Saúde
	15	Apresentação do Plano ao Conselho Municipal de Saúde

Fonte: PAIM, 2006 p. 61

O planejamento das ações em saúde deveria se constituir em uma ação voltada para atender as necessidades de saúde de uma população, porém, o grande problema do planejamento é que esse processo tem-se configurado em um ritual burocrático, não desempenhando o papel de cumprir o compromisso com a solução dos problemas de uma comunidade. A exigência da formulação dos Planos de Saúde e o uso do planejamento apenas para a captação de recursos financeiros tendem a favorecer um comportamento capaz de cumprir somente as normas, formulários, regras e prazos em detrimento de planejar ações para atender as necessidades das pessoas. Tudo isso traz um “certo” descrédito ao planejamento, muitas pessoas o tem considerado algo muito mais teórico, quando na prática deveria ser bem diferente (PAIM, 2006).

Ao reconhecer as necessidades de uma população adscrita é possível pensar nas estratégias para enfrentar os problemas de uma coletividade. A territorialização e o planejamento podem ser meios que contribuem para reconhecer as necessidades de uma comunidade e organizar as ações em saúde que devem ser direcionadas para o atendimento dessas necessidades, a fim de se alcançar o cuidado integral de uma população, de uma família ou de uma pessoa. Para entender como as pessoas se sentem cuidadas é necessário, a priori, reconhecer suas reais necessidades e não fazer suposições a respeito delas.

4.4 CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE

Quais são as necessidades de saúde de um indivíduo? Segundo Cecílio (2009) as necessidades de saúde são amplas e podem ser organizadas em quatro grupos. O primeiro se refere às boas condições de vida, que diz respeito a uma boa moradia, alimentação adequada, boas condições de trabalho, entre outros, capazes de determinar o processo saúde-doença. O segundo grupo é representado pela necessidade do uso das tecnologias de saúde para melhorar ou prolongar a vida. O terceiro grupo de necessidades está relacionado ao estabelecimento de vínculo entre o usuário e a equipe de saúde para a efetivação do cuidado. E por último está o conjunto de necessidades que cada pessoa tem para exercer sua autonomia e seu “jeito de andar a vida”.

Para Pinheiro (2009) essas necessidades podem não ser tão claras para a equipe de saúde, muitas vezes são necessidades que precisam ser escutadas, compreendidas e traduzidas pela equipe. “O esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades” pode ser compreendido como a integralidade da atenção.

Para Feuerwerker (2013) a integralidade das ações em saúde pode ser entendida como o reconhecimento das necessidades de saúde dos indivíduos para organizar o cuidado em saúde, a fim de garantir a atenção em saúde necessária a cada usuário.

Segundo a PNAB, é atribuição comum a todos os profissionais das equipes de saúde da AB realizar o cuidado da saúde da população adscrita. O processo de adscrição possibilita a vinculação de pessoas, famílias ou grupos a profissionais e/ou equipes, cujo objetivo é ser referência para o cuidado dessas pessoas. O vínculo se faz necessário para a construção de relações de confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permite o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, além de constituir em si um potencial terapêutico (BRASIL, 2012).

Entende-se por cuidado como uma expressão ampla, que não se limita apenas a ações curativas, como por exemplo, o tratamento de uma ferida, ou o alívio de um desconforto, o sentido amplo de cuidado se revela nos relacionamentos com os outros e com o ambiente. Entretanto, na prática, o indivíduo e suas necessidades são pouco considerados. A relação dos profissionais de saúde, muitas

vezes, se dá com um corpo doente e não com a pessoa e seu sofrimento. Os profissionais por dialogarem insuficientemente com a história de vida dos indivíduos tendem a orientá-los de forma prescritiva e normativa. Isso pouco contribui para que o usuário modifique comportamentos prejudiciais à saúde e assuma o protagonismo no cuidado à sua saúde. É no encontro entre o trabalhador da saúde e o usuário que acontece, ou não, a produção do cuidado (VOLPATO, 2014).

A ESF constitui espaço privilegiado para o cuidado a partir dos encontros. O encontro entre trabalhador e usuário deve ser um espaço onde os diferentes se encontram, numa relação entre sujeitos, numa relação de respeito entre as partes, onde não há dominação entre elas, com favorecimento para o vínculo e a corresponsabilização. Para caracterizar o encontro entre trabalhador e usuário, Merhy (2013) adota o conceito de “espaço intercessor”, é nesse espaço que as relações entre trabalhadores e usuários acontecem. Cada um possui sua concepção sobre saúde e cuidado e esse encontro é marcado por necessidades e direitos. Ainda segundo Merhy (2002) o cuidado pode ser fruto de duas concepções diferentes, uma é a concepção do trabalhador e a outra é a do usuário, portanto, não constitui em uma ação apenas do trabalhador ou do usuário, a ação deve ser compartilhada.

Assim é preciso reconhecer que no encontro pode haver desencontros também, desencontros de expectativas. O que o profissional considera problemas e necessidades podem, não ser necessariamente, o que o(s) usuário(s) considera(m). O trabalhador de saúde olha para o usuário e o enxerga através de vários filtros: risco, vulnerabilidades, prioridades, possuem a expectativa de que o usuário reorganize sua vida em função da doença ou do agravo que enfrenta, de acordo com as instruções e orientações científicas transmitidas a ele. O usuário, por sua vez, pode desejar a contribuição dos trabalhadores de saúde para que seu problema seja resolvido de maneira que os modos como organiza sua vida seja incomodado o mínimo possível (FEUERWERKER, 2013).

É comum os trabalhadores de saúde tomarem os usuários como objetos de sua ação, entendem que a necessidade de ajuda ou de intervenções técnicas por parte dos usuários, os colocam sob sua gestão (a gestão dos trabalhadores). Os conhecimentos técnicos dos profissionais são apenas uma parte das intervenções, o cuidado em saúde é um processo que diz respeito a todos, não é algo somente de responsabilidade dos profissionais de saúde, os usuários e seus familiares também

devem ser participantes ativos nesse processo. O usuário é o gestor de sua própria vida, é ele quem faz suas escolhas, seja autorizado pelos profissionais de saúde ou não. Esse indivíduo se orienta a partir de suas experiências de vida, seus valores, desejos, sentimentos, dificuldades e possibilidades. Os trabalhadores, de acordo com a forma que se aproximam desse usuário, muitas vezes não compreendem a vida escondida por detrás da queixa ou da dor, essa compreensão seria fundamental para a correta tomada de decisões (FEUERWERKER, 2013).

Ainda, segundo Feuerwerker (2013) as relações entre usuários e trabalhadores se produzem de modo muito diferente de acordo com o cenário, o grau de sofrimento e o risco de morte. A possibilidade de fazer valer a autonomia por parte do usuário e a autoridade por parte dos profissionais, se dá de maneira muito distinta, dependendo do local e da situação em que o indivíduo se encontra, por exemplo, uma UTI hospitalar, constitui um lugar de mínima autonomia do usuário, devido a sua alta instabilidade clínica, e máxima autoridade do profissional, bastante diferente de uma unidade de saúde ou de um domicílio, onde o usuário tem máxima autonomia, devido a sua baixa instabilidade clínica. Independente do local e da situação é importante perceber que no trabalho em saúde sempre há encontros e disputas, mas se há disputa, também é possível haver negociação, ao considerar o outro como sujeito, e não objeto, na relação.

No momento do encontro com o usuário, o profissional de saúde pode se utilizar o que Merhy (2013, p. 69) denomina de caixas de ferramentas tecnológicas. Seriam três os tipos de ferramentas tecnológicas, ou três tipos de agires tecnológicos: “os direcionados pelas tecnologias duras, das máquinas; as tecnologias leve-duras, dos saberes estruturados, como a clínica e a epidemiologia; e as tecnologias leves, que são as relacionais, produzidas nos encontros”.

A compreensão das necessidades de saúde, seja pelos trabalhadores ou pelos usuários, pode ser influenciada pela indústria (de equipamentos, de medicamentos, de alimentos, entre outras), pelo mercado e pelos meios de comunicação, por isso há uma tendência de que as tecnologias duras e leve-duras se imponham sobre as tecnologias leves. Quando há domínio das tecnologias duras, os processos de trabalho estão mais voltados para a produção de procedimentos. Portanto é preciso ampliar os modos de produzir atos de saúde, é preciso que o peso das tecnologias leves seja maior, e centrado nas necessidades dos usuários (MERHY, 1998; FEUERWERKER, 2013). O modo como os três tipos de tecnologias

se combinam determinam os diferentes modelos de atenção à saúde. No modelo biomédico ou hegemônico se dá mais importância para as tecnologias duras e leve-duras em detrimento do uso das tecnologias leves (FEUERWERKER, 2013).

Obviamente que há situações em que as tecnologias duras e leve-duras serão necessárias, o acesso ao correto diagnóstico e aos procedimentos e processos terapêuticos precisarão ser utilizados, e para tanto, é preciso ter profissionais com conhecimentos específicos. Entretanto é necessário que os profissionais saibam articular o conhecimento e o relacionamento de forma singular e aplicado em cada contexto individual. Não há a intenção de negar a importância do saber biológico, a consideração que se faz é de que a vida possui uma complexidade muito grande para ser vista de maneira unilateral, apenas por um tipo de saber. No encontro entre usuário e trabalhador todos os tipos de tecnologias precisam ser considerados.

O encontro entre trabalhador e usuário é um acontecimento não totalmente previsível, pois ambos são portadores de forças e poderes presentes no ato do encontro, esse encontro é o campo da micropolítica, onde ocorre o trabalho vivo em ato. O trabalho vivo em ato é o trabalho criador, que possibilita a fabricação de um novo produto, comprometido com as necessidades sociais e com as necessidades do usuário. O trabalho em si é o trabalho vivo, os instrumentos de trabalho (os relatórios e as planilhas) e a organização do processo de trabalho (como o planejamento), frutos de um trabalho vivo anterior, são o trabalho morto. O trabalho em saúde se realiza mediante o encontro entre trabalhador e usuário, e deve ser centrado no trabalho vivo em ato, que consome trabalho morto com vistas à produção do cuidado (MERHY, 2013). Ainda, segundo o autor:

O trabalho vivo não pode em ato, no interior do processo de trabalho, libertar-se plenamente do trabalho morto, mas tem condições de comandá-lo. Se conseguir aprender a interrogá-lo, a duvidar do seu sentido e a abrir-se para os ruídos/analísadores presentes no seu cotidiano. Com isso, e de posse de uma caixa de ferramentas que tenha o compromisso com o sujeito da ação, e em ação, pode-se reinventar a lógica do processo de trabalho, sua gestão, organização e finalidade, em ato, coletiva e publicamente (MERHY, 1997, p.2).

O trabalho vivo deveria ser o centro do trabalho em saúde, entretanto muitos trabalhadores podem ser capturados pelo trabalho morto, dessa forma o trabalho em saúde passa a ser estruturado pelas normas, rotinas e protocolos, ficando paralisado

por esse tipo de tecnologia (VOLPATO, 2014). O trabalho morto deveria servir apenas como uma direção para a tomada de decisões, e não ser o tipo de trabalho dominante, que anula o trabalho criativo e relacional do trabalho vivo em ato.

A organização da atenção à saúde, através da AB, tem sido indispensável para a consolidação do SUS devido a dois motivos principais: a necessidade de qualificar o cuidado, por meio da integralidade das ações, diversificação das tecnologias de saúde e articulação da prática entre os diferentes profissionais e os diversos setores envolvidos na saúde; e pela necessidade de utilizar melhor os escassos recursos. O modelo biomédico é centrado no atendimento médico e na produção de procedimentos, é dispendioso, devido ao uso das tecnologias voltadas para a lógica do mercado, e tem se revelado pouco eficaz para responder às necessidades de saúde da população. A reorganização das práticas de saúde com o objetivo de alcançar a integralidade das ações pressupõe a identificação dos problemas e necessidades de saúde de uma população em um determinado território (FEUERWERKER, 2014; OPAS, 2011).

A Vigilância em Saúde é a proposta do Ministério da Saúde que tem por objetivo a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de ações adequadas para o enfrentamento dos problemas, com vistas a garantir a integralidade da atenção (BRASIL, 2007b). A Vigilância em Saúde pode ser entendida como uma “proposta de ação e uma área de práticas”, e apresenta as seguintes características: “intervenção sobre problemas de saúde que requerem atenção e acompanhamento contínuos; adoção do conceito de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras; atuação intersetorial; e ação sobre o território”. Também se caracteriza pela mudança no foco de atuação ao deslocar o olhar da doença para as condições e estilos de vida das pessoas (MONKEN; BARCELLOS, 2007, p. 207 e 208).

Apesar da Vigilância em Saúde apresentar uma proposta de integralidade, que se utiliza da territorialização e da epidemiologia para o reconhecimento dos problemas de saúde de uma população, tem se mostrado insuficiente para responder à complexidade dos problemas de saúde, presentes em nosso país. É necessário que juntamente com o uso da epidemiologia seja agregado conhecimentos provindos da clínica, da sociologia, das teorias gerenciais e relacionais, entre outros, para que o cuidado ocorra de forma integral (YAMAGUCHI, 2014). O conhecimento provindo de outras disciplinas tende a aumentar a

capacidade de encontrar soluções para os problemas de saúde de uma população e de compreender melhor como esses fenômenos ocorrem. A necessidade de analisar permanentemente a situação de saúde de uma população trouxe para a proposta da Vigilância em Saúde um excesso de instrumentais, normas e regras, que na maioria das vezes se impõe sobre as relações entre profissionais de saúde e usuários.

Sem evidentemente deixar de considerar a importância dos indicadores sócio-epidemiológicos utilizados na Vigilância em Saúde para orientar a organização das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, precisamos estar atentos para o fato de que as demandas aos serviços de saúde não podem ser analisadas somente desde uma realidade objetiva controlada por meio de indicadores tradicionais. Partimos da premissa de que as necessidades de saúde também expressam a cultura, os valores, os projetos e desejos dos sujeitos individuais e coletivos que procuram estes serviços. Desse modo, um dos grandes desafios para os profissionais que atuam na atenção básica (gestores e equipe multidisciplinar) consiste justamente na dificuldade de equacionar a oferta organizada de serviços, baseada em uma análise técnica da situação de saúde da população de um determinado território, com o atendimento à demanda espontânea que bate à porta das unidades de saúde e que espera destes o acolhimento e resolução de seus problemas e de seu sofrimento (SILVA; BATISTELLA; GOMES, 2007, p160).

A AB no Brasil tem apresentado, de modo geral, uma “visão vertical” de programas e protocolos que compartimentam e fragmentam a prática clínica, há também ênfase na “visão preventiva” resultando na falta de desenvolvimento de instrumentos para a realização das atividades clínicas (BRASIL, 2014a). A aplicação das diferentes tecnologias, duras, leve-duras e leves (das máquinas, dos saberes estruturados, e das relações) nas variadas situações da vida, de maneira adequada, e muitas vezes interligadas, poderiam se constituir em um arranjo sinérgico e potencializado, a fim de alcançar o cuidado, a saúde, e a melhoria da qualidade de vida da população.

MÉTODO

5. MÉTODO

5.1 DELINEAMENTO

O estudo utilizou a abordagem qualitativa, por favorecer a análise das percepções dos trabalhadores sobre a territorialização e o planejamento. Segundo Minayo (2004) a metodologia qualitativa é capaz de apreender os valores culturais, os conflitos entre grupos sociais, as compressões de determinado grupo sobre temas específicos, podendo contribuir para formulação de políticas públicas e sociais. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, crenças e valores que permite conhecer de forma aprofundada um evento, possibilitando a explicação de comportamentos.

Nesse tipo de abordagem o significado é o foco essencial, pois o pesquisador se preocupa com o processo, ao buscar revelar como o objeto de estudo acontece e se manifesta, e não apenas o resultado (TRIVIÑOS, 2009).

5.2 LOCAL E SUJEITOS DA PESQUISA

O Município de Londrina está localizado ao norte do Estado do Paraná, e foi uma das primeiras cidades do Brasil a organizar seu sistema de saúde. Em 1970 a Universidade Estadual de Londrina implantou duas unidades de saúde em bairros da periferia do município, e a prefeitura criou o serviço municipal de Pronto Socorro (LONDRINA, 2014).

Na década de 1980 ocorreram a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), e o Movimento da Reforma Sanitária, que embasaram a criação do SUS no Brasil. A partir desses movimentos, a saúde passou a ser considerada como resultante das condições de vida, e como um direito de todos e um dever do Estado. O setor saúde deveria ser reorganizado para permitir o acesso universal e igualitário aos serviços, e a atenção à saúde não deveria ser restrita apenas à assistência médica; (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

Incentivados pelas propostas desses eventos, aliados a uma disposição política para expandir o sistema de saúde no município de Londrina, houve um grande aumento no número de Unidades de Saúde, inclusive para a zona rural. Em 1995 foi implantado em quatro unidades de Saúde da zona rural o “Programa Médico de Família”, e em agosto de 2001 o município implantava o “Programa Saúde da Família” como estratégia para mudança no modelo de assistência, chegando ao final deste mesmo ano com 93 equipes, o que representou uma cobertura assistencial de mais de 70% da população (LONDRINA, 2014).

Em 2005 surgiu a proposta da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) promovida pela UEL em parceria com a Secretaria de Saúde do Município de Londrina, com objetivo de formar profissionais capacitados para trabalharem na AB e colaborar para o fortalecimento da ESF no município. Em 2007 foi implantado o primeiro NASF composto pelos residentes da RMSF, constituído por dentistas, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos, profissionais de educação física e assistentes sociais (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015).

O NASF, enquanto projeto inicial, foi implantado no segundo semestre de 2008, com dez equipes, da modalidade 1. Cada equipe NASF foi composta por um profissional de educação física, um farmacêutico, um fisioterapeuta, um nutricionista, um psicólogo e um agente redutor de danos (LONDRINA, 2013a).

Atualmente, a Atenção Primária é desenvolvida em 54 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 42 UBS estão localizadas na área urbana e 12 na região rural, conta com 94 equipes da Estratégia Saúde da Família: 20 equipes na região Norte; 14 na região Leste, 19 na região Sul, 17 na região Oeste, 13 na região Centro e 11 na zona rural (LONDRINA, 2015). Além das 94 equipes, o município conta com 10 Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), distribuídos pelas cinco regiões na zona urbana: norte, sul, leste, oeste e centro. Cada uma dessas regiões possui duas equipes NASF. Cada equipe NASF é responsável por 3 ou 4 Unidades de Saúde e por aproximadamente 6 a 9 equipes Saúde da Família. Possui a mesma composição das categorias profissionais selecionadas em 2008, com exceção do redutor de danos (LONDRINA, 2013a). Além das 10 equipes NASF, o município também conta com mais duas equipes NASF da RMSF, com a mesma composição das categorias de 2007, com exceção do dentista e do assistente social.

A pesquisa foi desenvolvida com profissionais de uma Unidade de Saúde da Família, do município de Londrina. A seleção da Unidade de Saúde se deu após

indicação de um dos gestores da Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DAPS), por se tratar de uma UBS nova, com um ano de funcionamento, e com uma proposta de trabalho diferente das outras UBS, como será visto a frente.

Os participantes deveriam ter mais de seis meses de atuação no serviço e em contrato de trabalho efetivo, através de concurso público. Realizou-se um contato com a coordenação da UBS que fez a indicação dos funcionários, conforme os critérios de escolha e a disponibilidade de horário de cada um. Foram convidados dois auxiliares de enfermagem de cada uma das três equipes da UBS, dois enfermeiros, um médico, um integrante da equipe de odontologia, quatro ACS, e os seguintes integrantes da equipe NASF: um profissional de educação física, de nutrição, de fisioterapia e de psicologia (a equipe NASF estava sem o farmacêutico na época da pesquisa). De todos os convidados, apenas sete participaram da pesquisa, os outros estavam envolvidos em atividades na escala de atendimento da UBS no momento da pesquisa, não podendo participar da mesma. Participaram então cinco integrantes das equipes Saúde da Família e dois da equipe NASF. A realização de um Grupo Focal foi considerado suficiente pela pesquisadora para responder os objetivos da pesquisa

5.3 TRABALHO DE CAMPO

5.3.1 GRUPO FOCAL

O trabalho de campo se deu por meio de um Grupo Focal (GF) realizado em agosto de 2015.

Grupo Focal é uma modalidade de entrevista grupal onde os participantes dialogam sobre um tema ao receberem estímulos do pesquisador para o debate. Também é uma forma de coletar dados por meio da fala de um grupo, ao relatarem suas experiências e percepções em torno de um assunto. Os grupos focais têm sido utilizados no desenvolvimento de pesquisas em saúde, educação em saúde, implementação e avaliação de programas, entre outras (SILVA; ASSIS, 2010).

Gil (2008) também destaca que entrevistas em grupo são muito utilizadas em estudos exploratórios, com o propósito de proporcionar melhor compreensão do

problema, e para geração de hipóteses, além de serem utilizadas para investigar um tema em profundidade.

O número de participantes de um GF pode variar entre seis a doze pessoas, com intencionalidade na definição dos membros que farão parte do grupo, uma vez que implica na capacidade de contribuição dos participantes com os objetivos da pesquisa. A duração das reuniões é de uma a três horas, de forma que o cansaço dos participantes e condições desconfortáveis não interfiram nos objetivos da discussão e tragam prejuízo aos resultados. O número de encontros depende da complexidade do tema, e dos interesses da pesquisa (ASCHIDAMINI; SAUPE, 2004). Gil (2008) recomenda que o ambiente físico se apresente adequado, em um local confortável e silencioso com poucas possibilidades de interferência e interrupções externas.

O GF teve a duração de aproximadamente uma hora e meia. Foi realizado na sala de reuniões da Unidade de Saúde e tomado o cuidado de manter o ambiente o mais livre possível de interferências, colocou-se um aviso na porta para que os outros funcionários não interrompessem a gravação.

Os participantes foram esclarecidos quanto ao sigilo da entrevista, e que não seriam identificados, permanecendo no anonimato. Após as explicações, criou-se um ambiente favorável aos entrevistados, de forma que se sentissem a vontade para responder as questões, ao solicitar que os entrevistados se apresentassem e relatassem brevemente suas experiências profissionais.

Durante a operacionalização do GF, que deve ser conduzido pelo pesquisador, pode incluir além do pesquisador, um ou mais moderadores e um assistente de pesquisa ou observador, que deve cultivar a atenção, auxiliar o moderador na condução do grupo, tomar nota das principais impressões verbais e não verbais, estar atento à aparelhagem audiovisual, e ter facilidade para síntese e análise (GIL, 2008).

O GF foi conduzido, gravado e transcrito pela própria pesquisadora, que utilizou um roteiro baseado nas seguintes questões norteadoras: organização do trabalho da equipe na UBS; a interação da eSF com a equipe NASF para o planejamento das ações; instrumentos utilizados na territorialização; registro e monitoramento das ações; e facilidades e dificuldades do processo de territorialização e planejamento, como consta no Apêndice A. O GF contou também

com o apoio de duas apoiadores, para as observações, e auxílio com os equipamentos (notebook e aparelhos de celular) para gravação de áudio.

Os entrevistados foram identificados pela letra P, de profissional, enumerados de um a sete, conforme a ordem das falas, o primeiro a falar recebeu o código de P1 e assim sucessivamente até o último, identificado como P7.

5.4 ANÁLISE DO MATERIAL

As gravações do grupo focal foram transcritas de forma literal, preservou-se todas as características possíveis, não sintetizando as falas. Na transcrição, procurou-se respeitar as características do registro oral, contudo, algumas frases foram corrigidas quanto à ortografia. Também foram retiradas repetições de palavras e vícios de linguagem, para facilitar ao leitor a compreensão do sentido das falas dos participantes do GF.

O texto obtido foi submetido à Análise de Conteúdo. A Análise de Conteúdo é, segundo Bardin (2004, p.37):

um conjunto de técnicas de análise da comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitem a inferência de conhecimento relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Produzir inferência significa não somente produzir suposições acerca de determinada mensagem, mas em embasá-las com pressupostos teóricos (CAMPOS, 2004).

A análise de Conteúdo é composta por diferentes fases, a primeira é a fase de pré-análise; a segunda de exploração do material; e a terceira de tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2004).

A fase de pré-análise é a fase de organização do material e tem por objetivo operacionalizar e sistematizar as ideias, apesar de corresponder a um período de intuições (BARDIN, 2004). Foi realizada leitura flutuante para se impregnar das principais ideias do texto.

A fase de exploração do material consiste na administração sistemática das decisões tomadas na fase anterior. A análise propriamente dita ocorre nessa fase

(BARDIN, 2004). A transcrição foi lida e relida exaustivamente, os trechos mais relevantes foram selecionados em uma tabela, e iniciou-se um processo de identificação das relações entre respostas semelhantes, complementares ou divergentes, levando à criação das categorias que estruturaram os resultados do estudo.

A terceira fase é a de tratamento dos resultados obtidos e de interpretação. Buscou-se realizar a interlocução entre os resultados e os referenciais teóricos da pesquisa, de acordo com os objetivos do estudo. Os resultados foram interpretados segundo as categorias analíticas, baseadas em referencial teórico de textos relacionados ao processo de territorialização e planejamento, cuidado em saúde, vigilância em saúde, trabalho em equipe, educação permanente em saúde, e outros temas pertinentes surgidos durante a análise.

As categorias empíricas são apresentadas na sessão Resultados.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa contempla os princípios éticos que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos com base na Resolução 466/2012. Foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (CEP-UEL), e aprovado sob o parecer nº 1.036.295, no dia 27 de abril de 2015, conforme anexo B.

Também foi solicitado autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina, por envolver profissionais vinculados à mesma, a autorização foi concedida em 12 de agosto de 2014.

Após aprovação do CEP, os participantes foram convidados a participar da pesquisa e esclarecidos sobre os objetivos da mesma. Ao aceitarem, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido onde consta a autorização para participação, gravação e transcrição dos grupos focais (Apêndice B). As entrevistas foram sigilosas e os entrevistados identificados por códigos, não tendo suas identidades reveladas. Ao término da análise, todas as gravações foram destruídas.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

6. RESULTADOS E DISCUSSÕES

6.1 CARACTERIZAÇÕES DOS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS

Participaram da entrevista sete profissionais, cinco membros da eSF e dois da equipe NASF, pertencentes às seguintes categorias profissionais: dois agentes comunitários de saúde, um da enfermagem, dois auxiliares de enfermagem, um da psicologia, e um da nutrição. A identificação dos profissionais foi dada pela ordem das falas dos mesmos, iniciando do código P1 até o P7. O quadro 2 apresenta a trajetória acadêmica e profissional dos entrevistados.

Todos os profissionais possuíam no mínimo um ano de experiência de trabalho na ESF, com exceção de um dos participantes. Entretanto o longo tempo de trabalho desse profissional em outro setor da saúde (oito anos no Centro de Atenção Psicossocial Infantil – CAPSi), com princípios similares a AB, possibilitou o conhecimento das práticas de cuidado, portanto o tempo de trabalho dos profissionais foi considerado pela pesquisadora, suficiente para possibilitar acolhimento, vínculo e corresponsabilização pelo cuidado da população.

Quadro 2 – Distribuição dos profissionais entrevistados de acordo com a trajetória acadêmica e profissional. Londrina, 2015.

Profissional	Formação Acadêmica	Tempo de serviço na eSF e na equipe NASF
P1	Curso superior e uma especialização	4 anos
P2	Curso técnico	1 ano e 9 meses
P3	Curso técnico	1 ano
P4	Curso superior e três especializações	7 anos
P5	Curso superior e duas especializações	3 meses
P6	Curso superior	1 ano
P7	Curso superior e uma especialização	1 ano

Dos entrevistados, cinco tinham curso superior e quatro possuíam algum tipo de especialização, das quais: Oncologia, Saúde Pública, Gerência em Unidades de Alimentação e Nutrição, Fitoterapia, Gestão de Políticas Públicas, Psicanálise Clínica e Transtorno do Desenvolvimento Infantil.

6.2 CARACTERIZAÇÃO DA UBS

Para a implantação da ESF é necessário que os profissionais realizem 40 horas semanais de carga horária. No município de Londrina os profissionais realizavam 30 horas de trabalho semanalmente, por isso foi preciso aprovação de uma lei municipal (Lei nº 8452 de 09/07/2001) para regulamentar a expansão de carga horária para até 40 horas semanais, possibilitando os profissionais que já atuavam na rede municipal de saúde (médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem) atuar na ESF, desde que concordassem com a extensão da carga horária (CARVALHO, 2010 apud OLIVEIRA, 2014). Essa alteração permitiu aos médicos que, anteriormente, atendiam somente como especialistas, desenvolver suas ações como médicos generalistas nas atividades da ESF e manter suas especialidades (ginecologia e pediatria) na UBS (OLIVEIRA, 2014). Também foram criados incentivos financeiros para os profissionais que atuavam em uma eSF, assim como para os que fizessem parte da UBS.

Nas unidades de saúde de Londrina os auxiliares de enfermagem, os enfermeiros e os médicos, contratados antes de 2013, podem optar em ser, ou não, integrante de uma eSF. Para os que fazem essa opção, realizam a extensão da carga horária, e prestam atendimento a população em geral dentro da UBS, e as atividades relacionadas à ESF, como por exemplo, os atendimentos domiciliares. Os que não fazem a escolha pela eSF cumprem seu trabalho apenas dentro da UBS. Após 2013, as contratações dos profissionais foram específicas para a ESF, e a carga horária de trabalho passou a ser de 40 horas semanais, com exceção dos profissionais médicos.

Na UBS pesquisada, a proposta era de que todos os trabalhadores cumprissem uma carga horária de 40 horas semanais, com exceção dos administrativos que cumpririam na semana, 30 horas. Segundo relato dos participantes, a proposta para essa nova UBS era de ser uma unidade de saúde diferente das outras já instaladas no município de Londrina, os auxiliares de

enfermagem não poderiam mais optar em fazer ou não parte de uma eSF, todos eles, obrigatoriamente, deveriam estar inseridos em uma eSF. Além disso, o horário de atendimento da UBS seria das sete às vinte e duas horas, sendo o primeiro turno de trabalho das sete às dezesseis horas, e o segundo das treze às vinte e duas horas.

Foi realizada uma divulgação para um processo de remoção dos funcionários que se interessassem em trabalhar nessa nova proposta, entretanto, poucas pessoas se inscreveram (a explicação para isso pode estar no fato de muitos dos trabalhadores possuírem dois vínculos empregatícios, dificultando o cumprimento das 40 horas, enquanto outros preferem não ter uma sobrecarga de trabalho, ou preferem não trabalhar em horário noturno). A solução foi convocar os auxiliares de enfermagem efetivados nos concursos realizados após 2013, para assumirem os novos cargos.

De acordo com relatos dos entrevistados, houve uma preocupação por parte do gestor com relação à obrigatoriedade de se trabalhar em um novo local, com companheiros novos, sendo todos membros de uma eSF, e em um horário diferenciado. Apesar da preocupação inicial, os entrevistados relataram que tinham o desejo de trabalhar naquele lugar, pelo principal motivo de ser próximo as suas residências.

[...] eu escolhi pra vir pra cá, que é vizinho, é perto de casa [...] (P2).

[...] eu quis muito vir pra cá, gosto daqui, porque é próximo da minha casa [...] (P3).

[...] a solicitação partiu da gente, porque a ubs é mais próxima da nossa residência [...] (P7).

A princípio, a UBS teria treze vagas para auxiliares de enfermagem, dois enfermeiros, mais o enfermeiro coordenador da UBS, quinze ACS, a equipe NASF, e de odontologia. Ao inaugurar, a unidade contava com nove auxiliares de enfermagem, dois enfermeiros, sendo um coordenador, um médico clínico geral, quatro ACS, o NASF (incompleto na época, contava apenas com o educador físico, o nutricionista e o profissional de fisioterapia), um odontólogo, um técnico de higiene dental e um auxiliar de odontologia.

O horário de atendimento que no início seria estendido até as vinte e duas horas, ficou das sete da manhã às dezenove horas. O horário dos funcionários do primeiro turno era das sete às dezesseis horas, e os da tarde, entravam as dez e saíam às dezenove horas. Conforme relatos da equipe, na prática esse horário não funcionou muito bem, pois a equipe tinha duas horas diárias no período matutino e duas horas no período vespertino para a realização das atividades da ESF. Durante as outras seis horas os funcionários cumpriam escala de revezamento nas atividades internas da UBS, tais como acolhimento, vacina, coleta de exame laboratorial, atendimento na farmácia, pós consulta, entre outros. Inicialmente a equipe não recebeu veículo para a realização das atividades da ESF e por ser um território bastante extenso, a equipe concluiu que duas horas diárias seriam insuficientes para percorrer o trajeto a pé, isso justificou a organização dos auxiliares de enfermagem em escalas, dois dias na semana faziam doze horas (cinco horas para as ações da ESF e seis horas para a escala da UBS), e nos outros dias cumpriam seis horas.

Os ACS, os enfermeiros, e o médico cumpriam oito horas de jornada diária. A equipe NASF tem cumprido jornada de trabalho de oito horas uma vez na semana, as outras trinta e duas horas eram cumpridas em outras três UBS.

Para organizar a cobertura da área de abrangência, a ESF estruturou-se em três equipes, denominadas A, B e C. Cada equipe contava com três auxiliares de enfermagem. Os ACS, um enfermeiro, o médico e a equipe NASF atendiam as três equipes.

6.3 AS CATEGORIAS EMPÍRICAS

Após a exploração do material e a interpretação dos resultados emergiram três Categorias de Análise: Arranjos e Dispositivos para Interagir, Organizar e Planejar; O Reconhecimento do Território; e Cuidado Planejado. As categorias de Análise foram organizadas em subcategorias. A categoria Arranjos e Dispositivos para Interagir, Organizar e Planejar foi organizada nas seguintes subcategorias: As Oficinas; As Reuniões; e o Prontuário. A segunda categoria, O Reconhecimento do Território, foi subdividida nos seguintes tópicos: As visitas domiciliares e o

cadastro das famílias; A abordagem das pessoas e a procura espontânea; A busca ativa; o Facebook; e o Mapa do território. E a última categoria, Cuidado Planejado, foi subcategorizada em Cuidado Coletivo; Cuidado Individual; Cuidado à demanda espontânea e Monitoramento das ações. Conforme a figura:

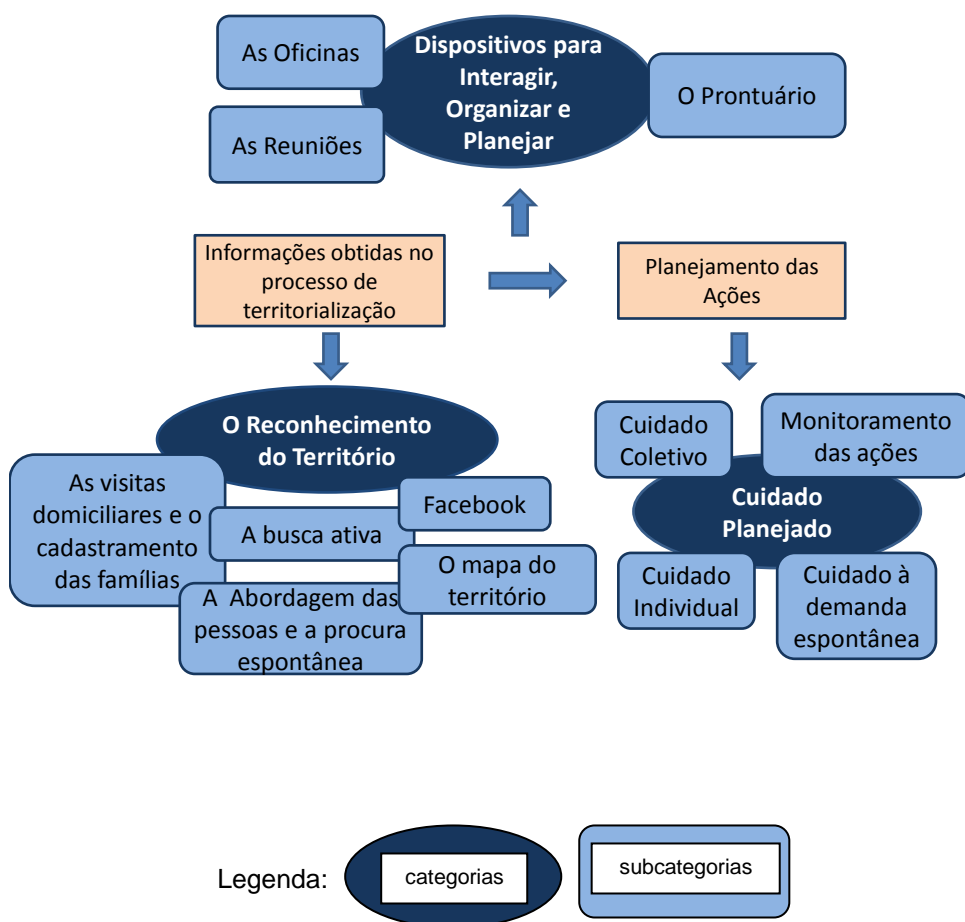


Figura 1: Organização dos resultados em categorias e suas respectivas subcategorias.

6.3.1 ARRANJOS E DISPOSITIVOS PARA INTERAGIR, ORGANIZAR E PLANEJAR.

A equipe dispõe de alguns arranjos e dispositivos que facilitaram sua interação, organização e planejamento. Nessa categoria emergiram três subcategorias: As Oficinas; As reuniões; e o Prontuário. A primeira subcategoria trata da experiência vivida pela equipe para o enfrentamento das dificuldades iniciais do trabalho, principalmente por meio da Oficina Introdutória. A segunda subcategoria

trata das reuniões (gerais, de eSF e de matriciamento) realizadas pela equipe. E, por fim, a terceira diz respeito às anotações dos atendimentos nos prontuários e nas planilhas.

6.3.1.1 AS OFICINAS

A fim de facilitar o início dos trabalhos, a coordenação da unidade optou por realizar uma oficina introdutória de aproximadamente seis horas. O objetivo da oficina foi de acolher e iniciar um vínculo entre os novos funcionários, e para isso, foram utilizadas dinâmicas de integração. A inauguração da unidade estava prevista para uma determinada data, mas atrasou aproximadamente duas semanas, assim foi possível realizar outras oficinas, mais curtas que a primeira, para, além de alcançar o vínculo entre os trabalhadores, também planejar o fluxo de trabalho. Nessas oficinas foram discutidos temas como o planejamento das ações, reconhecimento do território, para a construção do mapa participativo, e a organização dos fluxos de trabalho, com a criação de planilhas de atendimentos e aprazamentos.

A experiência das oficinas foi muito significativa para a equipe, ao proporcionar a oportunidade de iniciar o vínculo entre eles.

[...] foi muito legal a oficina introdutória que a gente teve... Nas outras UBS a gente vê que a gente demora mais a formar vínculo... Nos permitiu conhecer os integrantes da UBS antes do processo de trabalho, então foi muito bom. A gente pode conversar, trocar figurinhas, antes de iniciar o trabalho, então isso foi muito gratificante para a equipe... Eu acho que essa dinâmica, que teve no início, foi fundamental, porque, era todo mundo novo [...] (P4).

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) também utilizou como estratégia de enfrentamento para os desafios do serviço, um curso preparatório para os agentes comunitários de saúde. O curso foi ofertado aos ACS de todas as UBS, para prepará-los profissionalmente, visto que esses profissionais foram contratados em meados de 2014, e possuíam apenas alguns conhecimentos teóricos do cargo.

[...] muitos não sabiam nem o que era ser Agente Comunitário de Saúde, passaram no concurso, mas não tinha noção do trabalho [...] (P1).

Segundo a equipe, o curso de ACS, embora citado como um facilitador do processo de trabalho despendeu grande parte do tempo dos ACS. Na época da pesquisa, os ACS realizavam o curso no período vespertino, e utilizavam a parte da manhã para realizarem as buscas ativas, visitas domiciliares, entregas de guias e o cadastramento das famílias. Havia pouco tempo para conhecer toda a área, cadastrar todas as famílias, e a partir das informações cadastrais fazer o reconhecimento do território e o planejamento das ações, baseadas nas necessidades daquela população.

As oficinas e cursos são uma forma de promover a Educação Permanente em Saúde (EPS), que é considerada uma importante “estratégia de gestão”, devido ao seu potencial de provocar reflexões e mudanças na rotina dos serviços, caso permita uma problematização das práticas.

A EPS é um processo que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho”, e deve trazer efeitos concretos na vida dos usuários. Apoia-se na aquisição ou atualização de conhecimentos e habilidades e no aprendizado de que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho é multifatorial, depende de conhecimentos, de valores, de relações de poder, de planejamento e organização do trabalho, etc. Também está relacionada a uma aprendizagem significativa, ou seja, leva em consideração elementos que façam sentido para os atores envolvidos. Na EPS o planejamento e a programação educativa devem ser ascendentes. A partir da análise do processo de trabalho, identificam-se as dificuldades a serem enfrentadas, o que possibilita a construção de estratégias mais próximas das realidades, a fim de promover o diálogo entre as políticas gerais e as singularidades de cada localidade. A EPS pode ser uma experiência inovadora para a gestão do cuidado e dos serviços de saúde, já que pode aumentar as alternativas para o enfrentamento dos problemas vivenciados pelos profissionais em seu dia a dia (BRASIL, 2012).

Segundo a PNAB, é muito importante adequar as ofertas de educação permanente pré-formatadas como os cursos, por exemplo, com o contexto das equipes, de forma a fazer mais sentido, ser mais aproveitado e conseqüentemente obter maior efetividade (BRASIL, 2012).

É preciso fazer uma diferenciação entre EPS e Educação Continuada (EC), a EPS está baseada na educação como agente transformador, por meio de uma aprendizagem significativa. A EC está fundamentada na educação como transmissora de conhecimento técnico-científico, com ênfase em treinamentos, capacitações e cursos. Na maioria das vezes está desvinculada da gestão, e do controle social, é pontual, e destaca as categorias profissionais isoladamente, fragmentando o conhecimento em áreas específicas de atuação (PEDUZZI et al., 2009).

Uma das maiores dificuldades da ESF é ter profissionais capacitados para atender segundo os princípios da AB, para isso é preciso profissionais com formação generalista, capazes de atender a complexa demanda da AB e contribuir para a ruptura do modelo biomédico. Nesse sentido a EPS pode contribuir para capacitar os profissionais da ESF, visto que os profissionais vieram de formações acadêmicas distintas, em instituições de ensino diferentes, e que muitas vezes, na conformação de uma equipe o olhar de seus integrantes pode não estar na mesma direção (CAMPOS; BELISARIO, 2001).

A equipe entrevistada vivenciou a experiência da EPS nas oficinas, e pelo que foi debatido no Grupo Focal, eles tentaram problematizar o processo de trabalho da UBS e das equipes de Saúde da Família.

6.3.1.2 AS REUNIÕES

A SMS tem permitido que as Unidades de Saúde realizem mensalmente uma reunião geral com a participação de todos os funcionários. A unidade é fechada por um período de duas a três horas, a população é previamente comunicada, e na reunião são abordados diversos assuntos referentes ao processo de trabalho. De acordo com as falas dos entrevistados, na UBS pesquisada, a reunião geral também foi um momento utilizado para cuidar das relações entre os funcionários. Foram usadas dinâmicas para retomar a integração inicial da primeira oficina, e do acolhimento, para que as pessoas se sintam a vontade para expor suas dificuldades.

[...] é importante também, onde se colocam as dificuldades que está tendo ... Aqui a gente vê que na reunião geral o pessoal fala mesmo, o que está incomodando [...] (P4).

Segundo a percepção da equipe outra função importante da reunião geral era promover e melhorar a interação entre as equipes SF e a equipe NASF. A reunião era realizada, na medida do possível, no dia em que a equipe NASF estava na unidade, para que este pudesse participar. A participação da equipe NASF nas reuniões gerais favoreceu o vínculo entre as equipes.

[...] eu trabalhei nove meses na outra unidade, e a gente não tinha tanto contato com o NASF, agora, tem aqui, eu acho legal, o entrosamento da equipe [...] (P2).

Além da reunião geral, outro recurso utilizado era a reunião de equipe SF. Conforme informações da equipe, a reunião da eSF ocorria uma vez por semana, com duração de aproximadamente uma hora. Contava com a participação dos auxiliares, que se revezavam em uma escala; dos agentes comunitários de saúde; do enfermeiro; e do profissional médico, não havia a participação da equipe NASF, pois nesse dia estavam em outra UBS. Nessa reunião a equipe discutia os casos a serem visitados no dia seguinte, bem como outros, relacionados à ESF, e os casos para serem discutidos com a equipe NASF.

Segundo a PNAB 2012, é atribuição das equipes SF realizarem reuniões de equipes a fim de discutirem em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis (BRASIL, 2012).

A fim de se garantir um espaço para o encontro entre as equipes SF e NASF, e diminuir a dificuldade do pouco tempo que o NASF tinha com a equipe SF, as equipes propuseram a reunião de matriciamento, que se realizava uma vez ao mês. Como as reuniões da equipe SF ocorriam semanalmente, separavam-se os casos para serem discutidos com a equipe NASF e estes eram levados até a reunião de matriciamento. Havia a intenção de realizar o Projeto Terapêutico Singular (PTS) na reunião de matriciamento, e a equipe se organizou de forma a realizar um levantamento para atendimento dos casos prioritários. A equipe não percebeu a realização de nenhum PTS, embora, os exemplos citados mais a frente se aproximam muito da construção de um.

É importante salientar que muitos profissionais que trabalham atualmente na ESF, não tiveram a oportunidade de discutir durante a graduação, e nem mesmo depois de formados e atuantes na área de Saúde Pública, temas sobre o que é o

SUS, a Atenção Básica, a ESF, o NASF, entre tantos outros assuntos relacionados ao processo de trabalho. Talvez a explicação para isso, possa estar no fato de que muitos profissionais formados antes do período de implantação do SUS não tiveram a oportunidade de conhecer seus princípios e diretrizes. Também há de se considerar que muitos cursos na área da saúde ainda não trazem um conteúdo muito expressivo sobre o sistema de saúde, não dando aos profissionais a oportunidade de discutir seus princípios e diretrizes. Outros, ainda podem manter temas desatualizados, como o planejamento normativo.

É preciso reconhecer ainda, que diante do grande volume de trabalho cotidiano, e das dificuldades dos trabalhadores de se apropriarem dos princípios como o vínculo e a corresponsabilização, dificultarem a efetivação da ESF.

Os entrevistados relataram que a reunião de matriciamento poderia ser uma ferramenta de trabalho importante para o seguimento e acompanhamento de alguns casos. Antes do início dessas reuniões não havia espaço garantido para discutir o processo de trabalho, e a procura da eSF pelo profissional da equipe NASF necessário para a discussão do caso se dava nos corredores ou nos momentos de intervalo entre um atendimento e outro. Mesmo tendo garantido os espaços para as discussões dos casos, por meio das reuniões de matriciamento, as equipes ainda utilizavam o recurso dos corredores para conversarem. Esses momentos foram considerados importantes pela equipe como um importante meio de interação entre as equipes, como visto na subcategoria seguinte.

O matriciamento teve início na saúde mental, e pode ser definido como o estabelecimento de troca de saberes entre os profissionais dos diferentes serviços de atenção envolvidos no cuidado aos usuários. As equipes de saúde vinculam-se aos pacientes e responsabilizam-se pelas ações desencadeadas no processo de assistência, a fim de garantir a integralidade da atenção (CUNHA; CAMPOS, 2010). O matriciamento procura atingir maior resolubilidade ao ampliar o olhar da equipe de saúde, quanto ao cuidado do paciente. Seria caracterizado pela assistência que procura ir além da doença e do sofrimento, buscando apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos (ALVES, 2005). Para que o matriciamento ocorra de fato, é preciso garantir espaços de reuniões para as discussões, que permitam a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS é uma estratégia de cuidado organizada e desenvolvida por ações de uma equipe multiprofissional, ao se

considerar as necessidades e particularidades de cada indivíduo, segundo os princípios da integralidade (BRASIL, 2007a; BARROS, 2010).

A equipe buscou organizar e manter essas reuniões, a fim de garantir espaços de reflexão sobre o processo de trabalho.

6.3.1.3 O PRONTUÁRIO

A equipe relatou que os atendimentos realizados eram registrados em prontuários, assim, todos podiam ter acesso às informações. Mesmo tendo o prontuário como fonte de comunicação, a equipe tinha o hábito de procurar pessoalmente o profissional do NASF para discutir o caso, ainda que nos corredores, principalmente devido ao fato da equipe NASF estar apenas uma vez por semana na unidade. A equipe NASF evoluía os atendimentos realizados nos prontuários, e realizavam a devolutiva dos atendimentos nas reuniões de matriciamento, com quem estivesse presente, ou nos intervalos entre os atendimentos.

[...] apesar de escrever no prontuário, mas vai atrás do profissional, pra poder dar esse retorno, oh, fui lá, está acontecendo isso, pra poder discutir o caso, mas informalmente. A gente não tem um horário pra isso não, porque o NASF só vem na sexta-feira, então, é pouco tempo [...] (P1).

Segundo relatos dos entrevistados, os prontuários dos pacientes acompanhados pelas eSF ficavam separados em três caixas, uma para a equipe A, outra para a equipe B e outra para a C, com exceção dos prontuários das gestantes e das crianças menores de 2 anos, que ficavam na mesma sessão dos prontuários de todos os outros pacientes, mas separados em gavetas específicas. Inicialmente foi proposto impressos padronizados para o acompanhamento dos pacientes domiciliados, contudo cada uma das três equipes se organizou a sua própria maneira para esse serviço. Uma das equipes optou por utilizar cadernos e as outras pelos impressos, nos quais se anotavam a data da última visita, quando seria a próxima, quando foi a última coleta de exame, entre outras informações a fim de organizar o trabalho e garantir o acompanhamento dos pacientes.

O prontuário é um documento, composto por uma série de informações a respeito de situações sobre a saúde do paciente e sobre a assistência prestada a ele. Possui caráter legal, sigiloso e científico, além de possibilitar e favorecer a comunicação entre os membros das equipes de saúde. O registro em prontuário justifica-se para o acompanhamento dos pacientes, para a decisão clínica e gerencial, para o apoio à pesquisa e formação profissional. Também é considerado critério para a avaliação da qualidade da prestação do serviço (VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAES, 2008).

As anotações nos prontuários, as reuniões de matriciamento e as reuniões gerais da UBS, foram considerados pelos pesquisados momentos formais de interação entre elas. Essa interação também se deu em várias situações do cotidiano, como nos intervalos, e nos corredores, e foram considerados como sendo momentos informais de interação.

Os momentos de interação entre as equipes sejam eles formais ou não, se constituem em oportunidades para que a equipe reconheça seu território e suas necessidades.

6.3.2 O RECONHECIMENTO DO TERRITÓRIO

O reconhecimento do território por parte da equipe de saúde se faz necessário para trabalhar com a diversidade da população, compreender seus contextos de vida e identificar suas singularidades, seus problemas e necessidades. A equipe entendeu a territorialização como um instrumento para o reconhecimento da sua população adscrita e de suas necessidades.

[...] que tipo de gente que a gente vai poder atender, qual é o público que a gente vai atender, se é mais idoso, se não, a gente tem uma parcela muito alta de gestante nova, então por quê? De onde vem? Qual que é a área? [...] Para gente conhecer tudo que a gente precisa, todas as áreas, tudo que a gente tem, até onde a gente vai atender, as necessidades específicas de cada área. Então eu acho que a territorialização ela vai abranger tudo, tudo que tá dentro desse território, especificamente tudo [...] (P6).

Também compreenderam a territorialização como sendo a delimitação de um espaço geográfico, com características sócio-demográficas, onde havia equipamentos sociais a serem usados em favor dessa comunidade, tais como igrejas, praças, escolas, etc., ou seja, espaços coletivos para a promoção da saúde.

[...] as ferramentas que esse território pode oferecer, desde as escolas, as igrejas, para gente poder fazer o contato, para poder fazer os grupos... Ter conhecimento do território, daquela área, não só esse conhecimento que as meninas (ACS) tem, principalmente por ter esse contato bem próximo, assim, mais com as pessoas. Mas conhecer as potencialidades que esse território tem em termos de promoção e de poder ser utilizado para o bem estar das pessoas, no sentido de saúde, no sentido social... de se conhecer tudo que o território oferece para que possa ser utilizado pela população [...] (P5).

A maneira como uma população se apropria do seu território pode ser determinante para o processo de saúde e doença, se a equipe de saúde tiver clareza e conhecimento de como esses processos ocorrem, podem intervir com ações de saúde mais eficazes.

Para se reconhecer as apropriações e relações sociais existentes dentro de um território é preciso compreender os recursos e as regras sociais envolvidos na interação entre as pessoas. Os recursos e suas regras estão relacionados às condições materiais necessárias para a vida humana, tais como a habitação, o trabalho, a renda, a alimentação, a educação, o lazer, o saneamento básico, o transporte, o acesso aos bens e serviços de saúde, etc. Esses recursos estão integrados socialmente a outros espaços da comunidade (equipamentos sociais) como, por exemplo, as unidades de saúde, as escolas, as igrejas, as associações de moradores, ao comércio, a indústria, assim como a espaços que permitem a circulação das pessoas como as ruas, estradas, praças, parques, e outros. Todos esses locais permitem que a vida aconteça cotidianamente, e a forma como as pessoas se relacionam com esses lugares pode interferir para os processos de saúde e doença (MONKEN; BARCELLOS, 2007). Para exemplificar: na área de abrangência da UBS estudada, havia a construção de condomínios residenciais distantes de qualquer infraestrutura, como escolas e unidades de saúde. As

condições de moradia foram favorecidas, entretanto, outros problemas também foram criados, como a dificuldade de acesso a saúde e a educação.

A percepção do território e do uso que as pessoas fazem dele permite uma melhor visualização da complexidade e da inter-relação que existe entre os indivíduos e as condições necessárias para viver, além disso, a compreensão do território como um espaço administrativo, político, social e histórico possibilita à equipe de saúde desenvolver e propor ações integradas e articuladas a outros setores daquele espaço, como por exemplo, a educação e a assistência social, que transcendem o setor saúde para a compreensão e atuação no processo saúde-doença dessa comunidade e para a promoção de sua saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

No Brasil, por meio da Lei nº 8.080 de 1990, que é uma das que regulamentam o SUS, afirma que: a saúde é resultante dos modos de vida, da organização e da produção em um contexto histórico, social e cultural. Este conceito ampliado de saúde busca superar a concepção de que a saúde é a ausência de doença, portanto a assistência à saúde não deve ser centrada apenas nos aspectos biológicos. Para a implementação de políticas de saúde, entre elas a Promoção da Saúde, é necessário que as práticas sejam voltadas para os indivíduos e as coletividades, por meio do trabalho multidisciplinar, e articulado em redes, ao considerar as necessidades de uma determinada população em cada território (BRASIL, 2014b).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS) foi instituída pela Portaria do Ministério da Saúde nº 687, em 30 de março de 2006, com o compromisso de ampliar e qualificar as ações de Promoção da Saúde nos serviços e na gestão do SUS. A PNaPS foi revisada pela Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014 e apresenta a necessidade de articular essa política pública com outras, e com a participação popular, a fim de fortalecê-la e implementá-la de forma efetiva, pois se acredita que um único setor, a saúde, seja insuficiente para enfrentar todos os determinantes e condicionantes da saúde. A PNaPS tem por objetivo promover a melhoria das condições e dos modos de vida de uma comunidade ou indivíduo, ao reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. Os temas prioritários da PNaPS são: formação e educação permanente em promoção a saúde, alimentação adequada e saudável, práticas corporais e atividades físicas, enfrentamento ao uso do tabaco e

seus derivados, enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas, e promoção da mobilidade segura, que visa a redução da morbimortalidade decorrente do trânsito (BRASIL, 2014b).

Um dos eixos operacionais da PNaPS é a territorialização, ou seja, a territorialização é uma das estratégias utilizadas para a concretização de ações de Promoção de Saúde, ao considerar a abrangência das regiões de saúde e sua articulação com os equipamentos sociais nos territórios e a singularidade de cada território (BRASIL, 2014b).

A equipe utilizou vários dispositivos e momentos para realizar a territorialização e o reconhecimento da população pertencente ao seu território. Relataram como sendo dispositivos para o reconhecimento do território: as visitas domiciliares e o cadastramento das famílias. A abordagem da população pelos ACS nas ruas e vice-versa, e a procura espontânea pelos serviços da UBS foram citadas como momentos utilizados pela equipe para o reconhecimento da comunidade. A busca ativa e o Facebook (uma rede social digital) também foram mencionados como estratégias para a atualização das informações sobre a população. E por fim a equipe relatou a visualização das informações por meio da construção de um mapa. Todas essas situações são detalhadas a seguir, por meio das seguintes subcategorias de análise: As visitas domiciliares e o cadastramento das famílias; A abordagem das pessoas e a procura espontânea; A busca ativa; O Facebook; e o Mapa do Território.

6.3.2.1 AS VISITAS DOMICILIARES E O CADASTRAMENTO DAS FAMÍLIAS

A equipe pesquisada considerou as visitas domiciliares e os cadastramentos das famílias meios muito importantes para o reconhecimento de sua população, tendo utilizado esses recursos inúmeras vezes para tal finalidade.

De acordo com a PNAB é característica das equipes de saúde realizar atenção domiciliar a usuários com problemas de saúde controlados e/ou compensados e com dificuldade ou impossibilidade de locomoção até uma unidade de saúde. Na visita domiciliar a equipe consegue perceber e identificar as necessidades de saúde de uma família ou pessoa (necessidades que muitas vezes passam despercebidas em outros momentos) e podem contribuir para a melhoria da

qualidade de vida dessas pessoas por meio do vínculo e das orientações fornecidas a essa família (BRASIL, 2012).

Segundo a PNAB é atribuição do ACS cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados. Houve uma mudança no sistema oficial de cadastramento do MS, o sistema anterior, conhecido por SIAB (Sistema de Informações da Atenção Básica) foi substituído pelo SISAB (Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica), instituído pela Portaria do Ministério da Saúde nº 1.412, de 10 de julho de 2013. A operacionalização do SISAB é realizada pela estratégia denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). O e-SUS AB é composto por dois sistemas de "software" que são os instrumentos para a coleta dos dados a serem inseridos no SISAB: Coleta de Dados Simplificado (CDS); e Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). O MS disponibilizou os "software", de forma gratuita, e até o momento somente o CDS foi implantado. O SISAB substituiu gradativamente o SIAB, até meados de 2015. A partir dessa data é considerado o sistema de informação vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da PNAB, e todas as equipes da Atenção Básica, incluindo as eSF, e as equipes dos NASF, devem enviar informações para o banco de dados do SISAB (BRASIL, 2013b).

No SIAB os ACS utilizavam uma ficha para cadastramento das famílias conhecida como ficha A, cada família tinha a sua. As fichas A eram digitadas no sistema, arquivadas na UBS e atualizadas quando necessário. No SISAB o cadastro da família é em um formulário, e para cada membro da família, mais um formulário é preenchido. Os participantes da pesquisa relataram que os ACS, ao chegarem à UBS, digitavam as fichas no sistema e-SUS e as arquivavam. Além dos cadastros realizados pelos ACS, todos os atendimentos, de todos os profissionais, sejam individuais ou em grupo, também deveriam ser registrados no e-SUS. Nessa UBS, cada profissional era responsável pelo sua própria digitação. A equipe tinha a expectativa de que, embora mais trabalhoso e demorado de se realizar, o cadastramento no e-SUS poderia trazer muito mais informações que o SIAB.

[...] eu fui agente comunitária, antigamente era ficha A. Eu falei para as meninas, era tudo muito mais fácil, era uma ficha só na casa, era por domicílio, a gente tinha o lugar para anotar se tinha alguma doença, se já era acompanhada, era só uma fichinha mesmo, ficha A, era muito mais fácil. Agora ficou muito complicado, as meninas

perdem muito tempo, para fazer essa ficha, acho que complicou um pouco para elas. É bom, a informação [...] (P3).

A equipe esperava que as informações dos cadastros do SISAB poderiam favorecer o reconhecimento da população e subsidiar o planejamento da UBS, entretanto as informações obtidas do SISAB ocorreram de forma parcial, devido a vários motivos relacionados a seguir.

O fato de não ter o número adequado de ACS nas equipes foi relatada como uma das principais dificuldades para executar as atividades de cadastramento das famílias.

[...] o que não conseguimos saber ainda, é quantos hipertensos que tem, os cadastros estão sendo feitos ainda aos poucos, porque tem pouco ACS, essa informação vai vir do relatório do cadastro de paciente... Por enquanto, é esse o trabalho que a gente consegue fazer, não adianta a gente querer pensar que a gente vai conseguir fazer tudo, porque, com 4 ACS para uma área para 15, a gente não consegue [...] (P1).

É importante ressaltar sobre o quanto a não observação dos pressupostos da AB, como o número suficiente de profissionais para cobrir 100% da área de abrangência pode comprometer o cumprimento dos objetivos da atenção à saúde, como a integralidade das ações para atingir o cuidado as comunidades.

O cadastramento das famílias também ficou comprometido em virtude do horário de trabalho dos profissionais e da população. Os ACS trabalhavam das oito as dezessete horas, o que é incompatível com a maior parte do horário de trabalho da população que trabalha em horário comercial.

[...] tem muita gente que trabalha, então o ACS não vai conseguir conhecer essa pessoa, no horário de trabalho... Ir lá cadastrar a família, fazer o formulário, não conseguem porque as famílias estão fora, em horário de trabalho [...] (P1).

Não seria aqui o caso de pensar em unidades de saúde com horário de atendimento que favoreça a população? Da forma como o serviço está organizado,

as ações em saúde tem se realizado de acordo com as necessidades de saúde da população ou de acordo com a conveniência do serviço? A territorialização poderia ser um meio para reconhecer as necessidades de uma população, a fim de direcionar de maneira mais adequada a oferta dos serviços, buscando ir ao encontro destas necessidades.

Outro problema referido pela equipe para a realização do cadastramento foi a resistência por parte das famílias em atendê-los. A equipe relatou que antes das nove da manhã algumas pessoas ainda estavam dormindo, e outros, após as onze, precisavam fazer o almoço, constituindo um fator limitador para o trabalho dos profissionais. Algumas pessoas atenderam os profissionais no portão e foram bastante resistentes em recebê-los. Algumas razões para essa resistência foram relatadas pela equipe como: a falta de entendimento sobre a importância do cadastro, a demora para realizar o cadastramento, uma vez que é muito extenso, e a falta de vínculo.

[...] a gente ainda tem muito também restrição da comunidade com o agente comunitário por não conhecer, não ter vínculo ainda. Muita gente acha desnecessário fazer aquela ficha, então a gente ainda está conquistando esse espaço, também dentro da comunidade [...] (P1).

A fim de iniciar os registros no e-SUS, a UBS priorizou o cadastramento dos pacientes acamados e semi domiciliados (aqueles que têm dificuldade para sair de casa, como um idoso cadeirante), pois essa população era mais acessível, uma vez que já havia o vínculo com a equipe.

A extensão do território foi citada como mais um limitador para as atividades de territorialização, principalmente, no início dos trabalhos, quando a UBS não tinha veículo.

[...] muita dificuldade porque a gente não tinha o carro de PSF, e a gente tem uma área muito longe [...] (P1).

Além disso, houve no território a inauguração de loteamentos novos, sem informações sobre nomes de ruas e números de casas.

[...] é um loteamento que ainda não tem nome de rua, não tem tantos moradores, então fica bem difícil o acesso [...] (P1).

Outro tipo de dificuldade citada pela equipe para o cadastramento das ações foi a preferência da população em geral pelo atendimento médico, desvalorizando, de modo geral as ações dos outros profissionais.

[...] porque são famílias, que às vezes, não tem nem o conhecimento do que a UBS pode oferecer, é muito focalizada ainda, a população, no atendimento médico [...] (P7).

A preferência das pessoas pelo atendimento médico e hospitalar faz parte da história do país. A assistência à saúde como foi historicamente construída tem no atendimento médico e hospitalar seus eixos estruturantes. Os doentes muitas vezes não encontram a solução para seus problemas no setor saúde, mas procuram os serviços de saúde, em particular o médico, devido à “cultura popular” (geralmente patrocinada com finalidade comercial) que o designou como o único capaz de resolver problemas físicos ou emocionais, mesmo que a origem desses problemas não esteja relacionada a nenhuma doença específica (PINHEIRO, 2009).

O cadastramento das famílias no e-SUS, como visto anteriormente, estava sendo demorado, tratava-se de um processo de trabalho recente, ainda em adaptação e que necessitava de mais profissionais, de uma tecnologia de cadastramento que fosse mais ágil, e de um maior entendimento da população a respeito desse cadastro, para que não haja tantas recusas.

6.3.2.2 A ABORDAGEM DAS PESSOAS e a PROCURA ESPONTÂNEA

Um momento citado pela equipe para o reconhecimento da população foi através da abordagem das pessoas pelos ACS. Quando os ACS iam para uma visita domiciliar, era comum encontrarem pessoas pelo caminho, tais como gestantes ou mães com bebês pequenos. Eles aproveitavam o momento para questionarem sobre a saúde dessas pessoas, se estavam fazendo acompanhamento de pré-natal ou puericultura, e orientavam para acessarem o serviço de saúde, caso ainda não tinham feito.

Uma das determinações para ser ACS é ser domiciliado na área de abrangência da unidade de saúde. A abordagem dos ACS pelas pessoas, mesmo fora de seu horário de trabalho, para solicitações de informações, também era comum, e foi mais uma maneira que a equipe dispôs para conhecer essa comunidade.

A procura espontânea dos usuários pelos serviços da UBS foi outro momento relatado como muito importante para a equipe conhecer a população de sua área de abrangência. Muitas vezes o acompanhamento dos pacientes se dava segundo a demanda espontânea, quando o próprio usuário, ou um representante de sua família, buscava a unidade de saúde exclusivamente para solicitar acompanhamento da eSF. Ou conforme os casos eram descobertos dentro da própria unidade, como é o caso do usuário (ou um familiar) ter ido até a unidade de saúde para uma consulta, ou um procedimento.

[...] na hora que você entrega a medicação, material para curativo, você falou um bom dia! Veio pra pegar o remédio, está tudo bem? Você perguntou está tudo bem, a pessoa, já... Não, não está tudo bem, minha mãe está internada, teve AVC. Aí você já descobre, tem outros meios de você ter informação só de perguntar se está tudo bem.... Veio alguém para pegar gaze ou sorinho para fazer curativo, eu vou ver naquela lista lá, pega sempre? Não pega, daí vou perguntar o que aconteceu? Por que tá fazendo curativo? Ah foi um acidente de moto, ah está com gaoila faz dois, três meses, é bom fazer uma visita [...] (P3).

Os entrevistados relataram que os pacientes que necessitavam de algum tipo de acompanhamento eram cadastrados em uma planilha, na recepção da UBS, Cada equipe, conforme a microárea de abrangência, fazia seus agendamentos para as visitas. As informações coletadas em setores como a farmácia, a vacina, entre outros, eram repassados aos responsáveis pelas áreas de abrangência, conforme o endereço do usuário (essas informações eram repassadas, às vezes, de maneira informal, oralmente, às vezes, anotadas na planilha da recepção) para que as equipes tomassem as devidas providências a fim de garantir a assistência ao paciente. O acompanhamento dos usuários cadastrados pela ESF se dava pela classificação do grau de dependência das pessoas em relação à necessidade do serviço e pelas patologias apresentadas pelos usuários. Os mais graves, acamados

ou com várias doenças, eram visitados mais frequentemente. O intervalo para as visitas dos com menor gravidade poderia variar de três meses, seis meses, até um ano, dependendo da situação.

6.3.2.3 A BUSCA ATIVA

A busca ativa foi lembrada como um instrumento para a atualização das informações sobre a população, e foi realizada pelos ACS quando a equipe verificava casos de faltosos nas vacinas, na puericultura, gestantes faltosas nas consultas, resultados de exames alterados, etc.

A busca ativa é uma estratégia do trabalho dos ACS para levar informações, acompanhar ou captar pacientes, e obter informações a respeito deles. O ACS é um elo entre a comunidade e os serviços de saúde e exerce muitas funções, faz parte do trabalho dos ACS identificar áreas e situações de risco individual e coletivo; encaminhar doentes às UBS; orientar medidas de promoção e proteção à saúde; acompanhar o tratamento e a reabilitação das pessoas, notificar as doenças que necessitam de vigilância e mobilizar a comunidade para conquistar ambientes e condições favoráveis à saúde (BRASIL, 2000b).

A busca ativa é uma modalidade de visita domiciliar e uma fonte importante para o reconhecimento das pessoas, do território onde habitam, e da forma como se relacionam entre si e com o ambiente em que moram, dos quais podem ter relação com o processo saúde-doença.

6.3.2.4 O FACEBOOK

Um instrumento inovador que foi mencionado pela equipe para manter-se informada sobre os acontecimentos de sua área de abrangência foi o Facebook. Essa ferramenta foi citada pelos membros da equipe como utilizado fora do horário de trabalho.

[...] no face mesmo, a gente fica sabendo das mortes [...] (P6).

O Facebook é uma rede social digital, que utiliza a Internet para o contato de seus membros. Foi criada por cinco estudantes da Universidade de Harvard, em fevereiro de 2004. A tradução do nome Facebook para o português é “livro de caras”. Os usuários podem criar perfis com fotos e assuntos diversos, e trocar mensagens com os participantes dos grupos de amigos. A visualização das informações é restrita para os membros de uma mesma rede (CASTRO, 2016). Muitas pessoas tem utilizado esse tipo de tecnologia nas mais variadas situações, das quais podem ser citadas: manter o contato com amigos e familiares, evitar a solidão, encontrar amigos e parentes distantes ou desaparecidos, obter informações sobre serviços de maneira rápida e imediata, e centralizar várias atividades em uma única rede (VEJA, 2016).

As mídias sociais, que utilizam as tecnologias na área da informática, estão cada vez mais presentes na vida das pessoas. Alguns órgãos e instituições públicas também tem se utilizado dessas tecnologias para se aproximar da população, como é o caso do Ministério da Saúde (MS) que tem, como canal de comunicação, uma página no Facebook, criada em 6 de dezembro de 2010. Segundo o MS o espaço é uma página oficial de relacionamento com os usuários, atendimento à população e divulgação de campanhas, agendas, programas e ações do Ministério (MOREIRA; KERR PINHEIRO, 2015).

Embora, não oficial no município de Londrina, as novas tecnologias, entre elas, o Facebook, tem contribuído para a obtenção de informações a respeito da saúde da população. Talvez, as prefeituras, a exemplo do MS, poderiam investir em tecnologias digitais como uma forma de se aproximar da realidade de suas populações.

6.3.2.5 O MAPA DO TERRITÓRIO

Como forma de visualizar as informações sobre a população de seu território, obtidas no processo de territorialização, a equipe utilizou um mapa. O mapa foi construído coletivamente pela equipe, antes da inauguração da UBS. Em uma das oficinas realizadas, a equipe fez um reconhecimento da área de abrangência da unidade, por meio de uma visita pelo território. Todos se envolveram nesse trabalho, alguns desenhavam, outros repassavam as informações. Em julho de 2015 o mapa

foi atualizado pelos ACS, como produto de uma das aulas do curso de ACS. No mapa constavam a área de abrangência da UBS, com os logradouros, os equipamentos sociais, tais como escolas, igrejas, centro comunitário, mercados, feira livre, etc.; e as áreas de risco. A equipe considerou como área de risco: áreas de invasão, áreas com grande acúmulo de lixo e áreas muito distantes da unidade, sem linha de ônibus disponível.

[...] a gente tem uma área que a gente colocou como risco, que são os condomínios, por ser muito longe, e o pessoal às vezes fica um pouco arredio pra vir pra cá, por ser longe, não tem nem linha de ônibus que vem direto [...] (P6).

Os mapas de saúde permitem a visualização dos padrões espaciais de distribuição de determinada doença, e podem contribuir para a compreensão de como cada território está estruturado demográfica, social e ambientalmente. Os mapas também permitem localizar grupos populacionais segundo suas vulnerabilidades, contribuindo na orientação de medidas preventivas (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

Os mapas podem se apresentar de duas formas: sketch maps ou base maps. Os primeiros são mapas esquemáticos, também conhecidos por croquis, desenhados a mão livre, onde são identificados objetos espaciais de interesse de uma comunidade, não seguem nenhuma técnica cartográfica. O segundo tipo de mapa são construídos sobre bases cartográficas já existentes, podendo ser adicionadas novas informações sobre diferentes temas. A fase de planejamento é o momento ideal para a construção de um mapa, pois ele pode ser um instrumento para visualizar a caracterização da população. A elaboração de um mapa por vários atores (como é o caso de uma equipe de saúde) é conhecida como mapeamento participativo, que tem por resultado, não necessariamente a geração de um mapa segundo as normas da cartografia, para a visualização de um conjunto de dados, mas, principalmente, um processo participativo para auxiliar a tomada de decisões. O uso de mapas também pode ser útil para estimular a aprendizagem sobre as interações humanas e os objetos geográficos (GOLDSTEIN et al., 2013).

Goldstein et al. (2013) corroboram que apesar das vantagens do mapa participativo, podem ser encontradas algumas dificuldades no seu uso. Por ser um instrumento elaborado pelas equipes de saúde, seu uso tem se restringido a essas

equipes (quando é o caso das equipes que o utilizam) não constituindo um diálogo efetivo com outros setores do SUS. Os mapas, encontrados na maior parte dos municípios brasileiros, tem sido usados para o registro de informações, e para a organização do trabalho dos ACS. Possuem pouca capacidade de envolvimento entre as próprias equipes de saúde, entre as equipes e os outros serviços, sejam da área da saúde ou não, entre as equipes e a gestão municipal, e entre as equipes e a população. É importante e necessário que as informações constantes nos mapas sejam analisadas pelos membros das equipes, para isso, os autores recomendam que as equipes busquem algum tipo de capacitação para a realização do levantamento de dados, sejam eles objetivos e/ou subjetivos, das comunidades envolvidas, bem como para o processo de avaliação dessas informações.

As atividades de atenção à saúde são capazes de produzir muitos dados, que podem ser usados para alimentar os Sistemas Nacionais de Informação em Saúde (SIS), tais como o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), entre outros. Os sistemas de informação são instrumentos padronizados que permitem a coleta de dados e o monitoramento, cujo objetivo é o fornecimento de informações para melhor compreender os problemas de saúde de uma população, favorecendo a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal (FIALHO JUNIOR, 2004).

Entretanto, os SIS são pouco conhecidos, utilizados e/ou analisados no nível local, pelas equipes de saúde, o que se constitui em um paradoxo, as informações locais podem contribuir para as análises macrorregionais, mas são pouco utilizadas no nível local. Uma das razões para isso pode estar no fato de os indicadores gerais de saúde, gerados pelos SIS, como a taxa de mortalidade do município, pouco auxiliarem a compreensão das causas das mortes da área de abrangência de uma equipe SF (GOLDSTEIN et al., 2013).

Para exemplificar a importância de uma informação próxima das realidades locais é dado o seguinte exemplo: no município de Londrina, o coeficiente de mortalidade geral da população, no ano de 2012, foi de 6,75 óbitos por 1000 habitantes. Com relação às causas das mortes, 29,9% foram causadas por doenças do aparelho circulatório; 20,6% foram ocasionadas pelas neoplasias e 13,2% pelas causas externas, como por exemplo, os acidentes de trânsito (LONDRINA, 2013b).

Essas informações são distantes da realidade de uma unidade de saúde e muito mais distantes de uma microárea. A aproximação com a informação pode permitir uma análise mais aprofundada da causa dos óbitos, que possibilitariam responder a questões tais como: Quem eram essas pessoas? Eram mortes evitáveis? Por que os óbitos ocorreram nessa microárea? (FIALHO JUNIOR, 2004).

O Comitê Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil (CMPMMI) do município de Londrina é um exemplo de como é possível a análise da causa dos óbitos por meio da aproximação com a informação. O CMPMMI foi criado em 1999 e investiga as causas da mortalidade infantil e materna, por meio de entrevistas com profissionais de saúde, familiares, e consultas a prontuários (SANTOS et al., 2014). O CMPMMI é um espaço destinado a discutir com a equipe de saúde local as causas dos óbitos, e de educação permanente no que diz respeito a qualificação da atenção ao pré-natal e a prevenção das mortes (PIZZO et al., 2014). A desagregação dos dados é uma condição importantíssima para desvelar as desigualdades de uma população. Permite também detectar os problemas e as necessidades de uma população por meio da análise simplificada dos dados, possibilitando agrupar indivíduos com características semelhantes em microáreas e facilitar o planejamento das ações (SILVA et al., 2001).

Um meio para a coleta e tratamento das informações com relação às necessidades da população é a técnica da estimativa rápida participativa. Essa técnica consiste em obter dados para a divisão do território em microáreas, baseadas nas condições de vida da população. A coleta de dados pode se dar por meio de fontes primárias e secundárias. Os informantes-chaves são considerados fontes primárias, devem ser moradores do local, com grande conhecimento sobre a área a ser estudada. Utiliza-se um roteiro básico para direcionar as perguntas a serem respondidas pelo(s) informante(s) chave(s). As informações devem ser as mais amplas possíveis sobre as características do ambiente e dos moradores, tais como os aspectos do solo, do meio ambiente, da infraestrutura, socioeconômicas, condições de moradia, entre outros. As fontes secundárias são os dados já disponíveis, tais como os dados do IBGE, das Secretarias de Saúde e Educação, da Companhia de fornecimento de água e energia elétrica, dos Conselhos Locais de Saúde, entre outros (SILVA et al., 2001).

Outro meio para a obtenção de informações seria por meio dos relatórios do e-SUS, entretanto a equipe não citou o uso desse recurso, talvez porque ainda estivessem na fase de implantação do sistema.

As informações obtidas no processo de territorialização podem ser visualizadas nos mapas. Os mapas de saúde contendo as informações sobre o território podem ser construídos com programas de geoprocessamento. Essa ferramenta possibilita o mapeamento de doenças e agravos com importância epidemiológica, a análise dos riscos, o planejamento das ações e a avaliação das redes de atenção. Os Sistemas de Informações Geográficas (SIG) podem utilizar o geoprocessamento para integrar dados de diversas fontes e fornecer informações para a gestão. Desde 1994 o município de Londrina adota o geoprocessamento para o auxílio das ações em saúde, em que os territórios das unidades de saúde são a unidade de análise, ou recorte espacial, utilizada pelo geoprocessamento, pois favorecem a elaboração de mapas temáticos, para reflexões sobre os processos de natalidade, mortalidade e morbidade (LONDRINA, 2015).

O território quando expresso em mapas depende da coleta e seleção das informações apropriadas à realidade local. O método cartográfico não deve ser apenas descritivo, mas um instrumento para a análise e a interpretação da situação de saúde de uma comunidade, a comunicação entre os diversos sujeitos, e a construção ou reconstrução de novos cenários (GOLDSTEIN et al., 2013). Os mapas poderiam ser mais bem utilizados pelas equipes de saúde, pela gestão municipal e pela população como uma ferramenta interdisciplinar para melhorar o cuidado das pessoas. Poderiam também, contribuir para a construção de um Plano Municipal de Saúde, pois as informações produzidas em nível local são capazes de abranger uma diversidade maior de conteúdos relevantes para a gestão do território e para a gestão do cuidado.

A equipe pesquisada utilizou o base maps para a espacialização do seu território. Apesar de conter informações sobre os equipamentos sociais e áreas de risco, não houve registros no mapa quanto à caracterização da população, tais como gestantes, idosos, crianças, hipertensos, diabéticos, aspectos sociais e demográficos e outras situações que necessitem de um acompanhamento sistematizado pela equipe. Essa dificuldade justificou-se principalmente pela falta de profissionais disponíveis para a realização das atividades, entre elas o cadastramento das famílias, como visto anteriormente. A equipe não citou o uso de

indicadores e dos Sistemas de Informações em Saúde, nem outras fontes de informações, como o IBGE e o geoprocessamento, para o reconhecimento do território e o planejamento das ações.

A fragilidade quanto ao uso das informações para o reconhecimento do território e o planejamento das ações pelas equipes de saúde não é algo exclusivo da equipe entrevistada, como mostra uma pesquisa que utilizou dados da Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ). A AMQ é uma autoavaliação, criada pelo Ministério da Saúde em 2005, que propõe a melhoria contínua da qualidade, em um processo participativo, incluindo gestores e profissionais de saúde. Faz uso de instrumentos que facilitam a identificação dos estágios de desenvolvimento da ESF, considerando o âmbito da gestão municipal e do trabalho das equipes. Um dos instrumentos são questionários respondidos pela própria equipe de saúde (POTON; SZPILMAN; SIQUEIRA, 2011). A pesquisa é um estudo ecológico, retrospectivo, de análise de dados secundários, realizado em 46 municípios do estado do Espírito Santo, que aderiram ao Programa de Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ-ESF) até 2007, e evidenciou o seguinte resultado: quanto ao diagnóstico da situação de saúde da população 42,5% das equipes o realizam; 36,1% possuem registros de aspectos variados do território (aspectos demográficos, socioeconômicos, étnicos, culturais, ambientais e sanitários da área adscrita); 55,8% das equipes trabalham com mapa de sua área de abrangência; 21,4% identificam situações dinâmicas do território e 11,8% organizam painéis de situação; 57,8% das equipes utilizam o SIAB para planejar suas ações e 28,5% das equipes diagnosticam os problemas, planejam as intervenções e realizam as ações de maneira integrada; entretanto, apenas 8,4% das equipes elaboram estratégias para o enfrentamento dos principais problemas sociais de seus territórios adscritos (SARTI et al., 2012).

Sabe-se que a territorialização é um dos elementos essenciais para implantação da ESF, entretanto, alguns autores corroboram que esse processo tem se restringido a identificar áreas de risco, não atingindo a corresponsabilização das equipes pela população (CALIXTO; ANDRADE; BISPO, 2012; PESSOA et al., 2013). Para Faria (2013) a territorialização constitui-se em um processo dinâmico e não pode estar limitada no tempo, essa prática deveria ser realizada de forma permanente pelas equipes de saúde, uma vez que o território sofre constantes mudanças em suas características ao longo do tempo.

Embora a equipe entrevistada, tenha realizado parcialmente a territorialização, devido a dificuldade no cadastro das famílias pelo número reduzido de profissionais, houve um esforço na tentativa de elaborar estratégias de enfrentamento para os problemas encontrados, como visto a seguir.

6.3.3 CUIDADO PLANEJADO

Planejar ações em saúde e elaborar estratégias de enfrentamento para os problemas encontrados, com vistas ao cuidado de um indivíduo ou de uma população, é algo bastante difícil.

O primeiro ponto a se pensar é o planejamento, uma ação social complexa, que exige conhecimento da situação a ser planejada (como as necessidades de cada indivíduo), comprometimento das equipes, trabalho em equipe, cumprimento de prazos e metas, espaços garantidos para que seja realizado, racionalidade e uma boa dose de flexibilidade para modificar os planos conforme ocorrem as mudanças no cenário.

O segundo ponto é o cuidado, que contempla ações curativas, preventivas, e de promoção à saúde, que se dão por meio das relações entre os trabalhadores e os usuários. Para que o cuidado ocorra de forma integral é preciso ter conhecimentos técnico-científicos, mas também habilidades relacionais capazes de compreender as subjetividades de cada pessoa. Ainda é preciso contar com uma rede de serviços (dentro do próprio setor saúde, como os serviços de média e alta complexidade, e outros setores, como por exemplo, a educação) para garantir a integralidade das ações. Além disso, a participação, ou não do usuário, na construção das propostas de cuidado determina o sucesso ou insucesso desse processo.

A equipe relatou maneiras diferentes de planejar as estratégias para o enfrentamento dos problemas encontrados em seu território, dependendo da situação encontrada. O planejamento das ações teve a intenção de contemplar o cuidado para as necessidades individuais e coletivas.

Diante dos relatos obtidos no GF emergiu a categoria Cuidado Planejado que está subdividida em quatro subcategorias: Cuidado Coletivo, Cuidado Individual, Cuidado a Demanda Espontânea, e Monitoramento das Ações.

6.3.3.1 CUIDADO COLETIVO

A equipe entrevistada utilizou diferentes meios que contribuíram para o planejamento e a elaboração das estratégias de enfrentamento de alguns problemas encontrados na população.

O mapa participativo, as informações oriundas dos prontuários, dos cadastros domiciliares, do SISAB e das planilhas da recepção, foram instrumentos que auxiliaram a equipe a planejar o cuidado dessa comunidade. Além desses, foram utilizadas as planilhas de atendimento médico, onde consta o número de atendimentos realizados por essa categoria e o tipo de atendimento, se foi um idoso, uma gestante, uma criança, um diabético e muitos outros. A planilha de atendimento de crianças menores de dois anos, atendidas na puericultura e no setor de vacinas também foi utilizada para planejar as ações.

A equipe relatou que as informações obtidas no processo de territorialização os levaram a planejar algumas atividades, os exemplos citados foram os Grupos de Puericultura e Atividade Física.

O Grupo de Puericultura foi uma proposta idealizada pela equipe para o acompanhamento das crianças menores de dois anos. Segundo relatos da equipe a grande quantidade de crianças que necessitavam de acompanhamento, aliada a sobrecarga de trabalho do profissional médico e dos enfermeiros, limitava a oferta dos grupos. Isso levou a equipe a buscar o apoio de outros profissionais, tais como os profissionais da equipe NASF, para a realização dessa atividade.

Houve a percepção, por parte da equipe, que o acompanhamento das crianças por meio de uma equipe multidisciplinar poderia ser um meio de ofertar um serviço contínuo para as pessoas.

[...] quantas crianças tem, menores de 2 anos, que precisam fazer puericultura? Então a gente pôde planejar uma ação em cima disso, que foi fazer a Puericultura compartilhada com outros profissionais [...] (P1).

De acordo com a equipe, o Grupo de Atividade Física teve como proposta a prevenção de doenças e a promoção à saúde da população. No entanto, no início das atividades em grupo, a equipe relatou sentir “certa” resistência por parte da

comunidade, pois não estavam habituados a terem esse novo serviço em seu território.

[...] no início aqui, as atividades foram um pouco difíceis porque a população não estava acostumada e até hoje, ainda, alguns grupos a gente vê que não anda bem. Então a gente tem que sempre ir tentando fazer outros novos. Então a população ainda está um pouco arredia, não participa bem [...] (P4).

A equipe atribuiu ao fato de a população ser jovem e trabalhadora, e de a eSF e equipe NASF atenderem em um horário incompatível com o horário de trabalho de grande parte da população, terem contribuído para a diminuição da participação da comunidade nas ações coletivas e em grupo, predominando a preferência da população pelos atendimentos individuais e pontuais oferecidos dentro da UBS.

[...] aqui, a maioria, a gente vê que é trabalhador, tem poucos aposentados, então, diminui os participantes dos grupos... Eles não estão muito acostumados a terem atividade fora, eles vêm mais para o atendimento na UBS, e não fora. E esse foi o desafio em todas as UBS que a gente já trabalhou [...] (P4).

A equipe percebeu também, que o desenvolvimento de ações mais próximas das residências das pessoas facilitava a participação popular e a adesão aos Grupos, por isso tais grupos foram realizados em regiões mais distantes da UBS.

[...] porque tem a academia ao ar livre, mas a gente não tinha nenhum projeto lá, então uma moradora que veio atrás pra conversar com o educador físico, ver se podia montar um grupo lá, e esse é o grupo que mais tá crescendo aqui na UBS [...] (P1).

Segundo a PNAB é considerado uma característica do processo de trabalho das equipes de saúde o desenvolvimento de ações educativas com objetivo de interferir no processo de saúde-doença, no desenvolvimento da autonomia, seja individual e/ou coletiva, e na busca por uma melhor qualidade de vida das pessoas (BRASIL 2012).

6.3.3.2 CUIDADO INDIVIDUAL

Quando solicitado à equipe que desse um exemplo, na prática de suas ações, sobre a realização da territorialização e do planejamento, foram relatados três casos, fruto dos encontros da equipe com seus usuários. O que se traz nessa sessão são exemplos do que a equipe revelou como ações para o cuidado individualizado.

O primeiro relato foi o caso de uma criança identificada no Programa Saúde na Escola (PSE). O PSE é uma política intersetorial do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, foi instituído em 2007, através do Decreto Presidencial nº 6.286, e deve fazer parte das atividades das escolas públicas de nível básico do país. Com a adesão do município ao PSE cada escola indicada passa a ter uma Equipe de Saúde da Atenção Básica de referência para executar conjuntamente com as equipes pedagógicas das escolas o planejamento, a execução e o monitoramento de ações de prevenção, promoção e avaliação das condições de saúde dos alunos (BRASIL, 2015). A equipe do NASF ao realizar uma atividade relacionada ao PSE identificou uma criança em situação de risco. O caso foi levado para a discussão com a equipe SF. A equipe agendou uma visita domiciliar, e verificou a necessidade de acionar outros setores como o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS). Também foi agendada uma reunião com a equipe do CRAS, a escola e a equipe SF para discussão do caso e uma possível resolução.

Os outros relatos foram o caso de dois pacientes, coincidentemente com o mesmo nome.

[...] foi um caso, acho que um dos casos mais interessantes da área que a gente atua ali, porque foi uma pessoa que eu encontrei caído, caído! Aí eu fui oferecer uma ajuda, aí começou a desencadear, a gente começou a descobrir algumas coisas e o desfecho foi muito bom, porque depois você vê o paciente feliz... Seu D. foi um dos exemplos de como tem que ser a parceria, do trabalho em rede. Da onde começa? Ele começa da rua pra dentro da UBS, todo mundo da UBS se mobilizou, fez alguma coisa, veio a Secretaria (do Idoso), conversou com ele, tentou de alguma maneira. Eu não sei como se deu o fato dele ir pra casa dessa pessoa, mas ele conseguiu ir pra casa de uma pessoa que se propôs a cuidar dele... Aí depois a gente teve o outro D. que é uma pessoa que tinha família, mas que a família não estava cuidando bem... Chegou ao triste ponto de se perder um membro (pé) por causa da falta de cuidado... Então

também teve o trabalho em rede, teve o trabalho da UBS. Foi acompanhado, foi monitorado, as meninas tentaram de todos os modos orientação, até que não teve como, foi encaminhado para o hospital, e voltou sem um dos membros. Mas aí foi um trabalho em rede muito legal também, porque também entrou a Secretaria do Idoso. Foi um trabalho muito bacana, o dos dois, os dois D., eu acho que foram os dois trabalhos que foram mais completos para gente... envolveu a equipe inteira [...] (P6).

Os casos relatados foram citados como exemplos do trabalho em equipe e em rede. Diante desses relatos supõe-se que a equipe compreende a territorialização e o planejamento como sendo etapas que fazem parte do cuidado compartilhado e articulado em rede. Também consideram que nenhum profissional ou serviço, por si só, eram suficientes para resolver os problemas encontrados em um território.

Os problemas de saúde encontrados em uma população podem ser muitos. No Brasil, coexistem, as doenças infecciosas e parasitárias, os problemas de saúde materno e infantis, as causas externas (acidentes de trânsito e violência) e as condições crônicas, (principalmente devido ao envelhecimento da população) com relativa predominância dessas últimas (FEUERWERKER, 2014; OPAS, 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe que os sistemas de saúde sejam estruturados e organizados para o enfrentamento das condições de saúde apresentadas pela população e não mais para o enfrentamento de doenças. O termo condições de saúde diz respeito à circunstância de saúde de um indivíduo e representa uma importante mudança no foco de atenção dos sistemas de saúde, que devem expandir suas ações para diversas situações de saúde, não se limitando apenas, a ações para uma única patologia. Desde 2003, a OMS adota uma classificação específica às condições de saúde (MENDES, 2011): condições agudas e condições crônicas.

As condições agudas podem ser caracterizadas por terem duração limitada; o início da manifestação é abrupto; a causa é geralmente simples; o diagnóstico e o prognóstico são, na maior parte das vezes, precisos; as intervenções tecnológicas são efetivas; e o resultado leva, em geral, à cura (MENDES, 2009).

As condições crônicas definem-se como situações que têm um ciclo de duração superior a três meses e que não se autolimitam. São condições que vão além das doenças crônicas (diabetes, hipertensão, câncer, etc.), para abranger

condições como doenças mentais de longa duração; deficiências físicas; gestação, parto, puerpério; e também condições transmissíveis persistentes, tais como, hepatites, AIDS, hanseníase, tuberculose, etc.(MENDES, 2009).

As condições crônicas constituem os principais problemas de saúde pública dos países ocidentais, devido à transição epidemiológica e demográfica vivida nas sociedades, tais como a diminuição das taxas de fecundidade e o aumento da expectativa de vida e do envelhecimento. Além disso, mudanças no estilo de vida das populações, com a incorporação de padrões de consumo e comportamentos não saudáveis, podem levar ao incremento das condições crônicas (OPAS, 2011).

Para as condições agudas, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), propõe que os modelos de atenção devem operar a partir de uma triagem, com base em sinais de alerta e riscos e a tempo para responder à necessidade das pessoas em situações de urgência e emergência. Segundo a OPAS, o enfrentamento das condições crônicas devem seguir os seguintes critérios: operar de forma integral, ao envolver ações de promoção da saúde e de prevenção, cuidado, reabilitação e palição das condições de saúde, e, buscar uma atenção contínua que engloba cuidados primários, ofertados pela AB, e cuidados de média e alta complexidade. (OPAS, 2011).

Como proposta para lidar com todos os tipos de condições de saúde vivenciadas por uma população, e a fim de evitar a fragmentação da atenção à saúde, se defende a implantação de sistemas integrados, as chamadas Redes de Atenção à Saúde (RASs). As RASs são organizadas por meio de uma rede integrada poliárquica de pontos de atenção, constituídos por setores como a saúde, a educação, a assistência social, entre outros, que presta assistência contínua e integral a uma população, com comunicação eficiente entre os níveis de atenção. Na saúde essa rede é coordenada pela AB, pois é na AB que geralmente ocorre o primeiro contato com o usuário, é ela quem faz os encaminhamentos para os outros níveis de atenção, ou para outros setores, além do setor saúde, caso seja necessário. Não há uma hierarquia entre os níveis de atenção, mas a conformação de uma rede horizontal de diferentes densidades tecnológicas, sem grau de importância entre eles, uma vez que todos os pontos são importantes para se cumprir o objetivo de uma assistência integral e longitudinal (MENDES, 2011).

A AB tem autonomia para articular a rede de atenção, entretanto sua ação tem ficado estagnada nos outros pontos de atenção, como por exemplo, o grande

tempo de espera pelas especialidades do nível secundário. Os profissionais da AB podem fazer tudo da melhor forma para garantir uma assistência integral ao usuário, mas será necessária a atuação dos outros pontos de atenção, em condições e a tempo, para garantir que a situação de saúde não venha a piorar. Então a AB tem condições de ser ordenadora do cuidado? Enquanto depende de sua atuação, talvez a resposta seja sim, mas quanto aos outros pontos de atenção é preciso melhorias, a fim de garantir a integralidade das ações em saúde.

A integralidade das ações em saúde pode ser compreendida como a garantia de acesso a todos os serviços necessários para enfrentar os problemas de saúde. As necessidades de saúde deveriam ser tomadas como referência para organizar os serviços e as práticas de saúde, e por consequência, a rede de cuidados (FEUERWERKER, 2013). Segundo Pinheiro (2009, p. 69), a integralidade deve ser fruto de uma “permanente interação dos atores” (usuários e equipe de saúde) que se dá no plano individual, e no plano sistêmico. No plano individual a integralidade é construída no “ato da atenção individual”, e no plano sistêmico, a integralidade é garantida por meio das “ações na rede de serviços”.

A complexidade dos problemas encontrados no setor saúde extrapola a capacidade resolutiva desse setor, sendo necessária a participação de outros setores, para tornar a integralidade das ações em saúde bem-sucedida. Para Cecílio (2009) a garantia da integralidade se dá mediante ações intersetoriais, sejam elas dentro do próprio setor saúde ou em outros.

O cuidado individual, em qualquer serviço de saúde, não importa sua “complexidade”, está sempre atento à possibilidade e à potencialidade de agregação de outros saberes disponíveis na equipe e de outros saberes e práticas disponíveis em outros serviços, de saúde ou não (CECÍLIO, 2009 p. 124).

As pessoas precisam ser acolhidas em suas necessidades de saúde. Como visto anteriormente, as necessidades de saúde podem ser amplas e variar de indivíduo para indivíduo. Há aqueles que necessitam de melhores condições de vida, como uma alimentação melhor, ou a necessidade de uma tecnologia para prolongar sua vida. Enquanto outros precisam de um vínculo com uma equipe de saúde, ou a necessidade de manter sua autonomia sem mudar muito seu “jeito de andar a vida”. Essas necessidades são legítimas e precisam ser reconhecidas pelos profissionais de saúde, para que o cuidado integral seja de fato efetivado.

Os casos dos usuários relatados pela equipe foram levados à reunião de matriciamento para serem discutidos. Um dos produtos de uma reunião de matriciamento deve ser a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS). Mesmo a equipe não tendo referido suas ações como um PTS, as atividades desenvolvidas se aproximaram muito de um. O PTS é um conjunto de propostas e condutas terapêuticas, voltadas para um indivíduo ou família, resultado de uma discussão interdisciplinar, e, geralmente, é dedicado a situações mais complexas (CUNHA; CAMPOS, 2010). A elaboração e a operacionalização de um PTS devem seguir alguns eixos norteadores, a saber, a centralidade na pessoa, a parceria entre equipe e usuário, a articulação dos recursos do território nas ações executadas, a ênfase no contexto da pessoa, a construção compartilhada e a definição de metas com duração previamente acordada, também deve ser flexível, ao se considerar as necessidades de cada pessoa, com objetivo de aumentar o conhecimento do paciente sobre os seus problemas e promover sua autonomia afetiva, material e social (MANGIA; CASTILHO; DUARTE, 2006; BRASIL, 2007a). Alguns autores consideram que o PTS deve ser baseado na incorporação de tecnologias leves (acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomia), tais tecnologias são produzidas no trabalho e unem relações de interação e subjetividade que favorecem a adesão do indivíduo e sua família ao tratamento (FERRI et al., 2007; PINTO et al., 2011).

A construção de um PTS não deve seguir protocolos rígidos, porém, a utilização de um roteiro pode direcionar e organizar a equipe (OLIVEIRA, 2007). Segundo, Cunha e Campos (2010) e Oliveira (2007), o PTS pode conter quatro fases: a primeira faz-se um diagnóstico situacional onde é definido os problemas, é o momento para avaliar o contexto que o indivíduo está inserido, é a análise dos aspectos orgânicos, psicológicos e sociais, para buscar uma conclusão dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. Neste momento, procura-se compreender como o sujeito se comporta diante da sua própria situação e do processo de adoecimento, quais são seus desejos e interesses, assim como, o seu trabalho, a sua família e as suas redes sociais. Devem ser consideradas também as potencialidades do indivíduo, pois ainda é muito comum aos profissionais de saúde, focarem somente os problemas e dificuldades. Na segunda fase ocorre a definição de metas. Após a problematização, a equipe define as propostas, a curto, médio e longo prazo que serão negociadas com o paciente e sua família, ou rede de apoio. No terceiro

momento, se procede à divisão das responsabilidades e das tarefas de cada membro da equipe, e a definição do profissional de referência, que é responsável por manter-se informado sobre o andamento das ações planejadas no PTS, é o profissional que a família procura quando é necessário e com o qual negocia as propostas terapêuticas. A negociação poderá ser realizada pelo membro da equipe que tiver maior e ou, melhor, vínculo com o indivíduo e ou sua família. O profissional de referência também é responsável por acionar a equipe, ou parte da equipe, para resolver questões pontuais surgidas ao longo do processo de implementação do PTS; e na quarta fase, se propõe as avaliações de cada caso, é o momento que se discute a evolução do caso e se fazem as correções necessárias.

Para se produzir o cuidado é preciso dar espaço para que o usuário entre em cena com sua lógica de produção de vida e suas necessidades. Assim é possível ampliar as propostas terapêuticas que tenham maiores e melhores condições de serem efetivadas (OLIVEIRA, 2014). Muitos autores concordam que o foco do PTS deve ser o usuário em sua singularidade, e que todo o projeto deve contemplar, além da participação do usuário, a participação da sua família e de seu apoio social (BOCCARDO et al., 2011).

Outros autores relatam que o trabalho em equipe é essencial para o novo modelo de atenção proposto, porém evidenciam que algumas equipes ainda estão centradas no modelo biomédico e apresentam dificuldade de se comunicarem e compartilharem os saberes (BOCCARDO et al., 2011). Além disso, Campos e Domitti (2007) fazem uma reflexão ao dizer que o trabalho interdisciplinar depende também de certa predisposição subjetiva para se lidar com a incerteza, para receber e fazer críticas, e para tomada de decisão de modo compartilhado. Os profissionais estão habituados a valorizar a autonomia profissional e o apoio matricial promove o encontro de várias perspectivas, obrigando os profissionais a construir projetos terapêuticos com outras visões.

A equipe percebeu o cuidado como algo a ser compartilhado entre os profissionais da própria equipe, entre os profissionais de outros setores, e entre os membros da família do usuário que necessita ser cuidado. A proximidade da equipe com os casos relatados, e o vínculo da equipe com os usuários reforçou o compromisso dessa equipe em promover um cuidado integral, ao reconhecer as necessidades das pessoas envolvidas.

A construção de um plano de cuidado pressupõe o trabalho em equipe e em grupo. Ciampone e Peduzzi (2000) fazem uma distinção entre trabalho em equipe e trabalho em grupo, para as autoras o trabalho em equipe tem seu ponto central na obtenção de resultados, ou seja, alcançar as necessidades de saúde das pessoas, o trabalho em grupo está centrado nas inter-relações e no vínculo entre os integrantes de um grupo, que é considerado um potencializador para a realização das tarefas. O trabalho em equipe e o trabalho em grupo podem ser estratégias sinérgicas e que se complementam a fim de se alcançar o cuidado integral de um indivíduo ou família.

Para a equipe entrevistada a forma como o trabalho em equipe foi conduzido tem um significado gratificante.

[...] a gente tem uma equipe aqui que tem diversos outros serviços que a gente oferece dentro de uma unidade, isso é muito gratificante, tanto para gente, quanto para o paciente, de saber que tem uma equipe disponibilizada para fazer um atendimento na casa dele, já que ele não tem condições, de vir até a UBS... E isso é muito gratificante, ver a recuperação deles também, tem esse processo de troca, de gratidão [...] (P7).

A compreensão de que toda a equipe fazia parte das equipes SF foi considerada como um fator favorável para um melhor vínculo com a população. A equipe considerou que os funcionários tiveram uma melhor capacidade de atender os usuários de forma igual, uma vez que todos os integrantes da equipe tinham o conhecimento, ainda que parcial, daquele usuário e o sentimento de responsabilidade sobre aquela população. Além de favorecer o atendimento a população, também facilitou o relacionamento entre os trabalhadores. A equipe considerou o respeito algo muito forte entre eles.

[...] Uma diferença muito gritante, daqui pra outra unidade que eu estava é o respeito.... a equipe funciona realmente como uma equipe do PSF, todo mundo atende todos os casos, então eu acho que é a melhor parte de ser uma equipe totalmente PSF é isso, a gente tem um atendimento do PSF sempre que precisa, e sem desigualdade, e sem um olhar o outro com indiferença [...] (P6).

[...] toda nossa solicitação para os auxiliares, é bem respeitada [...] (P7).

Yamaguchi (2014) corrobora que para um efetivo trabalho em equipe não basta apenas a vontade e a orientação de seus integrantes, é imprescindível que haja a presença de um ambiente democrático e de estruturas e mecanismos, promovidos pelas instituições, para garantir a conquista e a permanência de espaços que favoreçam o desenvolvimento de práticas baseadas na cooperação entre os diferentes saberes e diferentes ações, com objetivo de atingir o cuidado integral.

6.3.3.3 CUIDADO A DEMANDA ESPONTÂNEA

Outro meio de atingir o cuidado individual foi o planejamento de ações para atender a demanda espontânea. A equipe mencionou que o planejamento das ações estava muito vinculado a esse tipo de demanda, conforme as pessoas procuravam voluntariamente os serviços da UBS, a equipe se organizava para tentar atendê-las, como, por exemplo, as consultas.

A procura espontânea pelos serviços prestados pela UBS foi apontada pela equipe, como um fator capaz de influenciar no processo de planejamento das ações. Com a crise econômica, e o aumento do número de desempregados, muitos perderam os planos de saúde privados, e passaram a utilizar os serviços ofertados pelo SUS, aumentando a quantidade de pessoas atendidas pela UBS.

[...] porque a empresa está pagando, o plano, e aí o marido sai [...]
(P6),

[...] e isso cada vez mais acontece, as pessoas estão perdendo convênio, tendo que usar o SUS cada vez mais, aí a gente vê tanto aumento na demanda. Então assim, muda um pouco o perfil de muitos lugares... Muitas coisas que já foram até mudadas, a maioria, já não acontece mais do jeito que a gente planejou, por conta de que a população, influencia muito no processo. Então, não tem como a gente saber como vai ser, sem que a população esteja participando, então, a gente tem que ir vendo as prioridades [...] (P1).

Em Londrina as UBS têm assumido a assistência pela demanda espontânea, para isso é aplicado o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco,

possibilitando melhor organização da assistência e ampliando a resolutividade da rede básica de assistência (LONDRINA, 2015). O Acolhimento com Classificação de Risco é uma proposta do Ministério da Saúde para acolher a demanda espontânea nos serviços, em especial na Atenção Básica. A Atenção Básica trabalha com as mais variadas situações e problemas de saúde, que podem ser de simples resolução, mas também há aquelas muito complexas. Essas variações exigem da equipe tratamentos diferenciados que considerem além da dimensão orgânica, a dimensão subjetiva e social do processo saúde-doença-cuidado, a fim de obter a efetividade do cuidado (BRASIL, 2011).

A proposta do Acolhimento com Classificação de Risco foi implantada na Atenção Básica do município de Londrina em 2011, e teve por objetivos: melhorar o acesso das pessoas, (o atendimento dos usuários no serviço passa a ser segundo as suas necessidades e não mais por ordem de chegada); mudar o foco da atenção, da doença para a pessoa; aperfeiçoar o trabalho em equipe e melhorar a corresponsabilização dos profissionais em relação aos usuários; e, organizar o processo de trabalho a fim de garantir o acesso de todo cidadão ao serviço de saúde e a integralidade do cuidado. Esses objetivos são baseados nos princípios da universalidade de acesso, integralidade e equidade (PETRILLO, 2011).

Para organizar a rotina do trabalho, recomenda-se o uso de uma agenda organizada por cores que representa a necessidade de cada usuário, a saber: vermelho, para situações de emergência com risco de morte, exigem um atendimento imediato; amarelo, casos de urgência, o usuário deve ser prontamente atendido; verde, para casos pouco urgentes, mas que necessitam de atendimento no mesmo período ou dia; azul escuro, para situações não urgentes que podem aguardar até sete dias para serem atendidos; azul claro, para casos de consultas eletivas que podem ser agendadas dentro de 30 dias; e branco, para atendimentos de enfermagem que são marcados conforme agenda disponível. A agenda deve ser organizada também quanto ao número de consultas médicas disponíveis, sendo que metade do número de consultas, ou seja, cinquenta por cento deve ser reservada para os casos classificados como azul claro, trinta por cento para o azul escuro, e vinte por cento para as condições avaliadas como vermelho, amarelo ou verde. Caso não seja possível solucionar os problemas de saúde, a AB como ordenadora e coordenadora do cuidado pode encaminhar os usuários para outros setores (da saúde, da assistência social, da educação, entre outros) para que o cuidado ocorra

de forma integral (LONDRINA, 2011). Todo atendimento realizado ao usuário deve ser registrado em prontuário, essas informações, como visto anteriormente, podem ser úteis à equipe para o reconhecimento das necessidades de cada indivíduo.

O acolhimento, porém, não deve ser confundido com recepção ou mesmo pronto-atendimento. O acolhimento precisa ocorrer em todos os momentos e setores de uma unidade de saúde, deve ser algo contínuo, e que provém da interação entre os usuários e os trabalhadores, e da escuta das necessidades do outro. O ato de acolher deve envolver o acesso aos serviços e recursos necessários, a escuta qualificada, a corresponsabilização e a resolução dos problemas encontrados (AYRES, 2004). É preciso escutar o outro nas suas subjetividades e embasado nas tecnologias leves, ou seja, nas tecnologias relacionais. Caso contrário o acolhimento será normativo e tenderá a ser baseado nas tecnologias duras e leve-duras, isto é, nas tecnologias das máquinas e dos conhecimentos científicos.

Algumas atividades de uma UBS, como as que exigem mais tempo para serem bem executadas, como, por exemplo, o acolhimento e as atividades da ESF, podem ficar comprometidos se a razão entre o número de pessoas a serem atendidas e o número de trabalhadores disponíveis para atender essa população for muito desproporcional. Foi o que aconteceu com a equipe entrevistada, com o aumento da demanda espontânea e o número de funcionários da UBS reduzido, as atividades da ESF ficaram mais dificultadas.

[...] pela falta de recursos humanos, eventualmente, alguém tenha que deixar de fazer o PSF naquele dia, pra acabar cumprindo funções dentro da unidade, para manter o atendimento dentro da UBS, para que não fique deficitário [...] (P1).

A equipe relatou que apesar dessas dificuldades, procurou acolher a demanda espontânea e promover, na medida do possível, o cuidado integral.

[...] tem a questão da farmácia, também, que não é o simples fato de pegar o medicamento, ele vai ver a pressão antes. Uma vez por mês que eu vou ter a chance de ver ele, quando ele vem pegar o remédio, hipertenso, diabético. Então a questão de passar primeiro para ver a pressão, para gente ver como está. Às vezes, ele passa pra ver a pressão, mas acaba querendo outra coisa, você vai tentar resolver aquilo... Quando a gente tem a oportunidade, a gente

explica, olha é uma vez por mês que você vem buscar o remédio, fora isso quantas vezes você vê sua pressão? Muitos nunca veem, só toma o remédio, ou as vezes nem toma, pega uma vez a cada dois meses, não toma direito. Então toda visão integral, que a gente tem na hora de fazer um procedimento, isso demora mais. Vai fazer uma vacina, olha se a criança está fazendo a puericultura. Muitas vezes são as primeiras vacinas, já marcou a puericultura? Então isso é uma coisa mais demorada, não é só um atendimento de procedimento[...] (P1).

A equipe reconheceu que o planejamento a fim de atingir o cuidado das pessoas, necessitou ser reestruturado, dependendo da situação encontrada. Houve a concordância por parte dos membros da equipe de que só na rotina do trabalho foi possível realizar os ajustes (ou reajustes) necessários para o planejamento, e que, muitas vezes, foi preciso reorganizar o processo de trabalho.

[...] foram feitas oficinas, a gente conversou bastante, mas a gente, pra ver realmente como todo tudo vai funcionar, só no dia a dia mesmo. Eu acho que cada dia, é uma conquista, é um aprendizado, tem sempre alguma coisa pra tirar, mas tem muita coisa pra melhorar também [...] (P3).

Segundo Vilasbôas e Paim (2008, p. 1240) “o planejamento é inspirado em técnicas e conhecimentos disciplinares, e saberes práticos, construídos “em ato”, para organizar a realização de práticas de saúde, com propósitos de manutenção ou transformação da situação de saúde”. Ainda de acordo com os autores, o planejamento pode apresentar um formato estruturado, de acordo com procedimentos formalizados para a elaboração de ações, que envolve momentos formais de acompanhamento, avaliação e revisão das propostas de forma sistematizada; e um formato não estruturado, que não atende requisitos de formalidade.

6.3.3.4 MONITORAMENTO DAS AÇÕES

O monitoramento é uma forma de avaliação que permite analisar de forma constante a pertinência das intervenções, e possui a finalidade de aprimorar as ações desenvolvidas. Quando se pensa em aprimoramento, se pensa também em

qualidade. Para Ferri et al. (2007) a qualidade dos serviços de saúde se refere a três dimensões: ao desempenho técnico dos profissionais, as relações interpessoais entre profissionais e usuários, e ao conforto e estética das instalações e equipamentos do local. A qualidade da atenção em saúde deve abranger tanto as dimensões objetivas, ou seja, o saber técnico, quanto às dimensões subjetivas, que diz respeito aos aspectos relacionais entre trabalhadores e usuários. Para a autora a qualidade dos serviços deve estar pautada na produção do cuidado e não na produção de procedimentos.

Embora as ações desenvolvidas pela equipe, como os grupos e os atendimentos individuais, constituíssem estratégias para a promoção da saúde, a prevenção e a cura de doenças, não houve um monitoramento das ações a fim de verificar se as ações impactaram positivamente na vida das pessoas.

A principal motivação para realizar uma avaliação deve ser a busca pela melhoria do atendimento aos usuários do SUS. A avaliação da dimensão subjetiva da qualidade dos serviços prestados, incluindo a avaliação da satisfação dos usuários, ainda é uma prática pouco comum entre os trabalhadores de saúde. É muito mais frequente e habitual avaliar a dimensão objetiva, e quantificar os procedimentos, como se isso garantisse o cuidado das pessoas. O próprio SISAB favorece apenas a avaliação quantitativa, e os recursos financeiros são obtidos por meio do cumprimento de metas quantitativas. Obviamente que não é fácil trabalhar com dados subjetivos, mas não seria o momento de repensar sobre os meios de avaliar os serviços prestados, e considerar também a dimensão subjetiva nas avaliações, inclusive para a obtenção de recursos financeiros?

Ferri et al. (2007) em um estudo descritivo com abordagem qualitativa, entrevistaram 18 usuários que utilizaram um serviço de saúde pelo menos uma vez. O objetivo da investigação foi avaliar a qualidade prestada por um Núcleo de Saúde da Família (NSF). A equipe do NSF era composta por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde. Os autores da pesquisa concluíram que os usuários do serviço estudado dão muita importância para o modo como são “tratados”, valorizando a incorporação das tecnologias leves (relacionais) nos espaços de produção do cuidado.

As equipes ao planejarem suas ações deveriam considerar também os aspectos subjetivos, dos quais há valor para a população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A territorialização pressupõe o reconhecimento de um território delimitado e das características dos habitantes desse território, incluindo aspectos sociais, demográficos e epidemiológicos. Diz respeito não somente as características geográficas de um espaço, mas também considera o modo como as pessoas se relacionam entre si, com os equipamentos sociais presentes nesse território, e com o meio-ambiente. Constitui-se em um processo dinâmico ao expressar as constantes mudanças da vida: o nascimento ou a morte de alguém, o adoecimento de outro, o rompimento de algum relacionamento ou o início de outro, a mudança ou a perda de um emprego, a chegada de um novo vizinho, a partida de outro, a construção ou demolição de moradias, fábricas, escolas, estradas, o desmatamento...

Nesta pesquisa a equipe compreendeu que a territorialização pode ser um instrumento utilizado para o reconhecimento da sua população adscrita e de suas necessidades. Também consideraram esse processo como sendo a delimitação de um espaço geográfico, com características sócio-demográficas, onde havia equipamentos sociais a serem usados em favor dessa comunidade.

A identificação das necessidades e dos problemas vividos por um indivíduo, uma família ou uma população em um determinado território, pode fornecer informações importantes sobre os modos de viver das pessoas. Também pode ser um meio de revelar desigualdades sociais. Compreender como os modos de vida interferem no processo saúde-doença dos sujeitos é um meio que pode contribuir para a organização dos serviços e para a aplicação de intervenções adequadas, com objetivo de produzir o cuidado, com vistas a melhoria na saúde das pessoas. Como foi o caso relatado pela equipe de formar grupos de atividade física mais distante da UBS e mais próximos das residências das pessoas, a fim de favorecer a adesão aos grupos.

A pesquisa revelou um movimento da equipe em direção ao planejamento, eles reconheceram que esse processo se realizou no decorrer do processo de trabalho, conforme a demanda espontânea exigiu, e nas reuniões realizadas pela equipe (reunião geral, da eSF, e de matriciamento). Reconheceram que o planejamento é um processo dinâmico e flexível, e que em algumas situações foram necessários ajustes. A garantia de espaços para a interação da equipe com objetivo

de discutir casos e planejar ações de intervenção é fundamental para efetivação, monitoramento e avaliação das ações (tanto relacionados aos aspectos técnicos quanto aos aspectos relacionais). O planejamento foi realizado pela equipe nos momentos considerados por eles como momentos formais, como nas reuniões, e nos momentos informais, como nas conversas de corredor. Em muitas ocasiões o planejamento não seguiu as etapas teóricas, mas isso não desmerece a maneira como a equipe se organizou para planejar suas ações.

A territorialização e o planejamento foram exemplificadas pela equipe como parte de um cuidado compartilhado e em rede entre os profissionais de saúde e o usuário, ao relatarem suas experiências quanto a elaboração de intervenções para o cuidado individual de alguns usuários.

O reconhecimento do território é um instrumento fundamental para o planejamento das ações da ESF, ao possibilitar a tomada de decisões e a elaboração de estratégias para as ações em saúde. É preciso lembrar que os recursos (materiais e humanos) a serem utilizados no setor saúde são escassos, reforçando a importância de um planejamento adequado a fim de garantir serviços de qualidade aos usuários. A equipe relatou maneiras diferentes de planejar as estratégias para o enfrentamento dos problemas encontrados em seu território, dependendo da situação encontrada. O planejamento das ações teve a intenção de contemplar tanto o cuidado para as necessidades individuais quanto para as necessidades coletivas.

Os serviços deveriam ser organizados de acordo com as necessidades de saúde de cada população, e com oferta de serviços capaz de suprir tais necessidades. A pesquisa revelou que em algumas situações, como no cadastramento das famílias, onde há incompatibilidade de horário entre os trabalhadores e a população, essa lógica está inversa, ou seja, caso a população necessite do serviço, é ela quem tem que se adequar a oferta do serviço. Além disso, a demora na realização do cadastramento, associada a dificuldade de entendimento da população em relação aos serviços ofertados pela AB, e ao número reduzido de ACS dificultaram o cadastramento das famílias. Como visto, as informações do cadastro das famílias poderiam ser úteis para o reconhecimento da comunidade, devido a essas dificuldades, o reconhecimento se deu de forma parcial.

Outros desafios citados pela equipe foram: a grande extensão do território; a preferência da população pelo atendimento médico, desvalorizando, de modo geral

as ações dos outros profissionais; a população ser jovem e trabalhadora, e a eSF e equipe NASF atenderem em um horário incompatível com o horário de trabalho de grande parte da população, contribuíram para a diminuição da participação da comunidade nas ações coletivas e em grupo, predominando a preferência da população pelos atendimentos individuais e pontuais oferecidos dentro da UBS

A fim de melhorar os serviços prestados pela ESF é importante refletir sobre alguns pontos: qual deveria ser o horário de funcionamento de uma UBS? Quantos funcionários seriam necessários para dar assistência a essa população? As tecnologias móveis, como tablets e celulares, não poderiam ser utilizados para a realização dos cadastros familiares de maneira mais ágil? As informações não poderiam ser repassadas para um banco de dados digital, para o reconhecimento mais rápido das necessidades da população? Não seriam necessárias campanhas publicitárias a fim de divulgar o trabalho da ESF e de uma UBS? E a população tem feito valer seus direitos e deveres por meio da participação popular nos Conselhos Locais de Saúde (será que sabem da existência deles)? As respostas para essas questões deveriam ser debatidas entre as equipes de saúde, os gestores e a população, com objetivo de conquistar um serviço de saúde de qualidade, capaz de reconhecer e atender as necessidades de saúde de sua população.

O reconhecimento das necessidades de uma população, e o planejamento para implementação de ações que respondam a essas necessidades, com objetivo de se produzir cuidado em saúde, são práticas bastante complexas, das quais muitos profissionais podem não estar habituados. O trabalho em saúde exige dos profissionais, dedicação, reconhecimento das necessidades de saúde dos usuários, flexibilidade, tomada de decisões, negociações, comunicação, trabalho em equipe e em grupo, corresponsabilização pelos usuários, formação de vínculos, raciocínio clínico, epidemiológico, gerencial, político e outros sobre as condições de saúde da população, identificar e propor ações adequadas para promover e proteger à saúde das famílias, entre tantas outras habilidades, muitas das quais não foram ensinadas, nem aprendidas nos cursos de formação e graduação.

Nesse sentido a Educação Permanente em Saúde (EPS) pode ser um importante instrumento para o aprendizado significativo dos profissionais, e deveria ser utilizada de forma rotineira no cotidiano do trabalho em saúde, seja para aprender, atualizar ou resignificar conceitos. Nesse estudo, a EPS foi utilizada como uma estratégia para promover o vínculo e o diálogo entre a equipe, principalmente

no início dos trabalhos, visto que a UBS era recém-inaugurada e possuía uma proposta de trabalho de todos os profissionais pertencerem a uma eSF, e em um horário de trabalho diferenciado, distintamente das outras UBS do município.

Embora sejam muitos os desafios enfrentados, a equipe se esforçou para alcançar, na medida do possível o cuidado integral da população sob sua responsabilidade. A equipe considerou seu trabalho gratificante e apontou como um aspecto muito favorável para o exercício das funções, a inserção de todos os profissionais na eSF.

A territorialização e o planejamento são atividades de um processo de trabalho contínuo que precisam ser (re) aprendidos, (re) valorizados ou talvez adquirirem um novo sentido para as equipes. Compreender os motivos pelos quais a territorialização e o planejamento são ações de difícil execução e modificar tais motivos pode colaborar para uma melhor organização dos serviços, e por fim, para o fortalecimento dos serviços oferecidos pela AB.

O enfrentamento dos principais problemas de saúde de uma população por meio da compreensão dos seus determinantes e condicionantes e da implementação de medidas de intervenção adequadas, capazes de resolver esses problemas, pode constituir-se em um importante meio de construir uma sociedade democrática, e um Sistema Único de Saúde resolúvel e igualitário.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, jun. 2009.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, [Botucatu], v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2016.

ASCHIDAMINI, I. M.; SAUPE, R. Grupo focal – estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. **Cogitare Enfermagem**, [Curitiba], v.9, n1, p.9-14, 2004. Disponível em: <[AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser \(do\) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n. 3, p. 16-29, set-dez 2004.](http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjLodi62N3PAhUEHpAKHe1mCoYQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Frevistas.ufpr.br%2Fcogitare%2Farticle%2Fdownload%2F1700%2F1408&usg=AFQjCNGjvbS5g7gFaQT2rBc5ZAYQ2lobuw&sig2=5m79DoViSpPeFp2nmhYgmw.>. Acesso em 15 out. 2016.</p></div><div data-bbox=)

BARCELLOS, C.; MONKEN, M. Instrumentos para o diagnóstico sócio-sanitário no programa saúde da família. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 225 a 265.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BARROS, J. O. **A construção de projetos terapêuticos no campo da saúde mental**: apontamentos acerca das novas tecnologias de cuidado. 2010. Dissertação Mestrado - Faculdade de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

BERRETTA, I. Q. **Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde**, 2010. Dissertação Mestrado em Saúde Coletiva - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

BOCCARDO, A. C. S. et al. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup.** São Paulo, v. 22, n. 1, p. 85-92, jan./abr. 2011.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: DF, 5 out. 1988.

_____. Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o

funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____ Lei federal nº 8142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez.1990.

_____ Lei Federal nº 12864, de 24 de setembro de 2013. Altera o caput do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 set. 2013.

_____ Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998a.

_____ Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Programa de reestruturação e qualidade dos Ministérios**. Brasília: MARE, 1998b. 47p. (Cadernos MARE da reforma do estado; c. 12)

_____ Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.

_____ Ministério da Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. - Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000b.

_____ Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____ Ministério Da Saúde. **Equipe ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2a. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. (Série textos básicos de saúde).

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**. Brasília : Ministério da Saúde, 2007b. 199 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21).

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde. **Manual de gestão da vigilância em saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 80 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 256p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS, v. 2).

____ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2010b. 108 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 13).

____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 56 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I).

____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde).

____ Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.378**, de 9 de julho de 2013a, Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

____ Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.412**, de 10 de julho de 2013b, Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).

____ Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.135**, de 25 de setembro de 2013c, Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 116 p. (Cadernos de Atenção Básica, v. 1, n. 39).

____ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** : PNaPS : revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília : Ministério da Saúde, 2014b.32 p.

____ Ministério da Saúde. **Caderno do gestor do PSE**. Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 68 p. : il.

CALIXTO, L. S.; ANDRADE, G. D. B.; BISPO, G. M. B. **Participação de profissionais no processo de territorialização em unidade saúde da família de Ouricuri-Pe**. Colóquio Sociedade, Políticas Públicas, Cultura e Desenvolvimento-CEURCA, Universidade Regional do Cariri-URCA, Crato, Ce. 5 a 9 de nov. 2012. ISSN 2316- 3089.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E., ONOCKO,

R. (Orgs.) **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. cap.7, p.229-66.

CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, S. A. O programa de saúde da família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. In: **Interface Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v.5, n.9, p. 133-141.ago. 2001. ISSN 1414-3283 Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180114091009>>. Acesso em: 14 set. 2016.

CAMPOS, C. J. G. Método da análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [Brasília], v.57, n. 5, p. 611-614, 2004.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão de trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n.2, p. 399-407, fev. 2007.

CARVALHO, B. G. **Saúde da Família – uma estratégia para reorganização da Atenção Básica**. [material não publicado, disponibilizado por e-mail pela autora]. Londrina, 2010. apud OLIVEIRA, K. S. de. **Processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e o desenvolvimento do apoio matricial para a produção do cuidado**. Dissertação Mestrado em Saúde Coletiva - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2014.

CARVALHO, N. M. **Os territórios da saúde e a saúde dos territórios**: discutindo os processos de territorialização em saúde a partir do caso de um serviço de atenção primária em Porto Alegre, RS. 2003. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

CASTRO, J. **Como funciona o Facebook?** Disponível em:<<http://acervo.novaescola.org.br/formacao/formacao-continuada/como-funciona-facebook-624752.shtml>>. Acesso em: 31 dez. 2016.

CECÍLIO, L. C. O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009. p. 117 a 130.

CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. **R. Bras. Enferm.** , Brasília, v. 53, n. especial, p. 143-147, dez. 2000.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, mar 17-2, 1986, **Relatório**, Brasília: DF, 1986.

CUNHA, T. G.; CAMPOS, G. W. S. Método paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. **Org & demo**, Marília, v.11, n.1, p. 31-46, jan./jun. 2010.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. Instituto Municipal de Administração Pública. **Planificação estratégica: o método do planejamento estratégico situacional - PES.** Curitiba: IMAP, 2000. 28p.: VIII

DOMINGOS, C. M.; NUNES, E. F. P. A.; CARVALHO, B. G. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. **Interface** [Botucatu], v.19, n. 55, p. 1221-1232. ago. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000401221&script=sci_abstract&tlng=pt.> Acesso em: 31 dez. 2016

FARIA, R. M. de A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território, **Hygeia**, [Uberlândia], v. 9, n.16, p.131 - 147, jun. 2013.

FERREIRA, J. C et al. A percepção do gestor sobre a organização da atenção básica à Saúde da criança. **Revista Cogitare Enferm.** [Curitiba], v. 15, n. 1, p. 26-32, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/17140/11283>>. Acesso em: 01 de set. 2016.

FERRI, S. M. N. et al. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, [Botucatu], v.11, n. 23, p. 515-529, set./dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300009>. Acesso em: 02 de ago. 2016.

FEUERWERKER, L. C. M. Cuidar em saúde. In: FERLA, A. A et al (Org.) **Ver-sus Brasil: cadernos de textos** [documento eletrônico]. Porto Alegre: Rede Unida, 2013. p. 43 a 55. (Coleção VER-SUS/Brasil). Disponível em: <<http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/versus/acervo/caderno-de-textos-do-ver-sus-brasil/caderno-de-extos-do-ver-sus-brasil-documento-eletronico>>. Acesso em: 30 de jun. 2016.

FEUERWERKER, L. C. M. (Org.) **Micropolítica e Saúde: produção do cuidado, gestão e formação.** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde). Disponível em: <<http://lctead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/Livro%20%20laura%20feuerwerker-%202014.pdf>>. Acesso em: 30 de ago. 2016.

FIALHO JUNIOR, R. B. **Informação em saúde e epidemiologia como coadjuvantes das práticas em saúde, na intimidade da área e da microárea: como (o) usar mesmo?** 2004. Dissertação Mestrado - Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP : [s.n.], 2004.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa - texto editado. **Cad. Saúde Pública**, Rio De Janeiro, v.6, n.2., p. 129-153, abr./jun. 1990.

GIOVANELLA, L. As Origens e as Correntes Atuais do Enfoque Estratégico em Planejamento de Saúde na América Latina. **Cad. Saúde Pública**, Rio De Janeiro, v. 7, nº11, p. 26-44, jan./mar.,1991.

GOLDSTEIN, R. A. et al. A experiência de mapeamento participativo para a construção de uma alternativa cartográfica para a ESF. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p. 45-56, fev. 2013. ISSN 1413-8123. Disponível em:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63025587006>. Acesso em: 29 de ago. 2016.

GONDIM, G. M. M. et al. **O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização.** 2009 22p. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTOS_CURSO_VIGILANCIA/20.pdf>. Acesso em: 01 de out. 2016.

GONÇALVES, A. Problema de Saúde Pública: caracterizando e avaliando aplicações. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v.9, n. 2, p. 251-256, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2006000200013>. Acesso em: 07 de set. 2016.

HUERTAS, F. **O método PES: entrevista com Matus**, tradução Giselda Barroso Sauveur, São Paulo, FUNDAP, 1996, 139p.

_____. Prefeitura do Município de Londrina. Autarquia Municipal de Saúde. SOUZA, E. C. (Org) **Protocolo de Atribuições dos Profissionais do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF).** Londrina, PR: [s.n], 2013a. Disponível em: <http://www.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=496&Itemid=588&showall=1>. Acesso em: 13 de jul. 2014.

_____. Prefeitura do Município de Londrina. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. NASCIMENTO, C. C. B. et al. (Org) **Plano Municipal de Saúde 2014-2017.** Londrina, PR. out. 2013b. 221p.

_____. Prefeitura do Município de Londrina. **Site Oficial.** Disponível em : <http://www.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=496&Itemid=588&showall=1>. Acesso em: 13 de jul. 2014.

_____. Prefeitura do Município de Londrina. **Relatório Anual De Gestão Da Secretaria Municipal De Saúde 2015.** Disponível em: <http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/relatorios_gestao/relatorio_gestao_2015.pdf>. Acesso em: 08 de abril 2016.

MÂNGIA, E. F.; CASTILHO, J. P. L. V.; DUARTE, V. R. E. D. A construção de projetos terapêuticos: visão de profissionais em dois Centros de Atenção Psicossocial. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo.** São Paulo, v. 17, n. 2, p. 87-98, 2006.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009.

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

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 1997. Cap. 2, p. 2-34.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R.; et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. Belo Horizonte: Xamã/VM Ed., p.103-120, 1998.

MERHY, E.E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. Hucitec. São Paulo - 2002.

MERHY, E.E. Ver a si no ato de cuidar: educação permanente na saúde. In: FERLA, A. A et al (Org.) **Ver-SUS Brasil: cadernos de textos** [documento eletrônico]. Porto Alegre: Rede Unida, 2013. p. 58 a 71. (Coleção VER-SUS/Brasil). Disponível em: <<http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/versus/acervo/caderno-de-textos-do-ver-sus-brasil/caderno-de-extos-do-ver-sus-brasil-documento-eletronico>>. Acesso em: 30 de jun. 2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed., São Paulo: Hucitec, 2004.

MONKEN, M. Contexto, território, e processo de territorialização de informações: desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em saúde. In: BARCELLOS, C. (Org.). **A Geografia e o Contexto dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008. p. 141-163.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio-jun. 2005.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. O Território na Promoção e Vigilância em Saúde In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 177 a 224.

MOREIRA, F. M.; KERR PINHEIRO, M. M. Ministério da saúde no facebook: um estudo de caso da política de informação. **Informação & Informação**, [S.l.], v. 20, n. 3, p. 147 - 174, dez. 2015. ISSN 1981-8920. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/view/19752>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

OLIVEIRA, G. N. **O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. 2007. Dissertação Mestrado - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007

OLIVEIRA, K. S. de. **Processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e o desenvolvimento do apoio matricial para a produção do cuidado**.

2014. Dissertação Mestrado em Saúde Coletiva - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2014.

OPAS. **A atenção à saúde coordenada pela APS**: construindo as redes de atenção no SUS. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2011.

PAIM, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas In: CAMPOS, G. W. **Tratado de Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], HUCITEC/FIOCRUZ, 2006 p. 767-782. Disponível em: <<http://brasil.campusvirtualsp.org/sites/default/files/PLANEJAMENTO%20EM%20SAUDE%20PARA%20NAO%20ESPECIALISTA.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2016.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface**, [São Paulo], v. 13, n. 30, p. 121-134, jul.-set. 2009.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe sob a perspectiva interprofissional. **PROENF GESTÃO**, v. 1, n. 3, p. 9-39, 2012.

PESSOA, V. M. et al. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v.18, n. 8, p. 2253-2262, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000800009&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 05 jun. 2016.

PETRILLO, B. M. R. (Coord.) **Manual de implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco nas unidades saúde da família de Londrina, PR**. Londrina, PR., jul. 2011, 45p.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009. p. 69 a 118.

PINTO, D. M. et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n.3, p. 493-302, jul./set. 2011.

PIZZO, L. G. P. Mortalidade infantil na percepção de gestores e profissionais de saúde: determinantes do seu declínio e desafios atuais em município do sul do Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, v.23, n.3, p.908-918, 2014

POTON, W. L.; SZPILMAN, A. R. M.; SIQUEIRA, M. P. Avaliação para a melhoria da qualidade na Estratégia Saúde da Família (AMQ): relato de experiência. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v.13, n. 3, p. 57-61, 2011.

REDE interagencial de informação para a saúde. **Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil**: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a

Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p. ISBN 978-85-87943-65-1 1.

ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças; In:ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA FILHO, N; **Epidemiologia & Saúde**, 6^o edição, Rio de Janeiro: Ed. MEDSI, 2003.

SANTOS, H. G. et al. Concordância sobre causas básicas de morte infantil entre registros originais e após investigação: análise de dois biênios nos anos 2000. **Rev Bras Epidemiol**, p. 313-322, abr -jun 2014.

SARTI, T. D. et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n.3, p. 537-548, mar. 2012.

SILVA, J. R. S.; ASSIS, S. M. B. Grupo focal e análise de conteúdo como estratégia Metodológica clínica-qualitativa em pesquisas nos distúrbios do desenvolvimento. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**. Universidade Presbiteriana Mackenzie CCBS . Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, São Paulo, v.10, n.1, p.146-152, 2010.

SILVA, A. M. R. et al. A unidade básica de saúde e seu território. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI, L. (Org.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Edel, 2001. p. 145 a 158.

SILVA, J. P. V. da; BATISTELLA, C.; GOMES, M. L. Problemas, necessidades e situação de saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 159 a 176.

TRIVIÑOS, A. N. da S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação, 5 ed. São Paulo: Atlas, 2009. 175p.

VASCONCELLOS, M. M.; GRIBEL, E. B.; MORAES, I. H. S. *de*. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24 (Sup 1), p.173-182, 2008

VEJA, **Qual é a importância do Facebook na sua vida?** Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/tecnologia/qual-e-a-importancia-do-facebook-na-sua-vida/>> . Acesso em: 31 dez. 2016

VIEIRA , F. S. Avanços e desafios do planejamento no sistema único de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v. 14(Supl. 1), p. 1565-1577, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a30v14s1.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2016.

VILASBÔAS, A. L. Q.; PAIM, J. S. Planejamento e políticas no âmbito municipal, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1239-1250, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/21.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2016.

VOLPATO, P. R. R. Implantação dos núcleos de apoio a saúde da Família: atuação da equipe gestora da atenção básica. 2014. Dissertação Mestrado em Saúde Coletiva - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2014.

YAMAGUCHI, M. A. V. Apoio matricial na atenção primária à saúde na perspectiva dos profissionais da estratégia saúde da família. 2014. Dissertação Mestrado em Saúde Coletiva - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2014.

APÉNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO PARA O GRUPO FOCAL

- 1 - Faça um breve relato de sua carreira profissional, como formação acadêmica e tempo de serviço na equipe.
- 2 - Como você e sua equipe organizam e planejam as atividades da equipe?
- 2 - Em que momento acontecem as atividades de planejamento?
- 4 - O que é territorialização para vocês?
- 5 - Que ferramentas você e sua equipe utilizam para o reconhecimento das necessidades de saúde de sua população adscrita?
- 6 - Quem se envolve nas atividades de territorialização e em que momento é realizada?
- 7 - Você(s) poderiam me relatar, ou dar um exemplo, sobre quais as atividades de territorialização você e sua equipe desenvolvem.
- 8 - Que tipo de registro vocês utilizam para o acompanhamento e o monitoramento das atividades de planejamento e territorialização?
- 9 - Qual é a importância da territorialização e do planejamento no seu trabalho e de sua equipe?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A TERRITORIALIZAÇÃO E O PLANEJAMENTO DAS EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA E NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA.

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa: A TERRITORIALIZAÇÃO E O PLANEJAMENTO DAS EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA E NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA a ser realizada em Londrina, PR.

O objetivo da pesquisa é compreender como se dá o processo de territorialização e de planejamento das Equipes Saúde da Família (ESF) e Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Sua participação é muito importante e se dará através de um grupo focal. Grupo focal é um debate realizado entre um grupo de pessoas que tenham algum ponto em comum, sobre o tema que se pretende pesquisar. No caso dessa pesquisa o debate será o processo de trabalho envolvendo a territorialização e o planejamento.

As informações coletadas durante o grupo focal são confidenciais, sendo que o grupo assume um compromisso ético de não comentar sobre as discussões realizadas após o término do debate. Quando os resultados deste estudo forem divulgados isso será feito de forma geral e os nomes dos participantes não serão citados. Serão feitas perguntas sobre como você e sua equipe estão desenvolvendo as atividades relacionadas a territorialização e ao planejamento na Atenção Básica à Saúde.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo o (a) senhor (a): 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. Em hipótese alguma terá sua identidade divulgada para outras pessoas ou entidades, as informações obtidas são confidenciais e os resultados serão divulgados de forma global e anônima. Os registros gravados serão destruídos após a análise dos resultados.

Os participantes podem estar vulneráveis a possíveis “exposições”, tais como o desconforto ao não saber responder algum questionamento da entrevista, ou apresentar ideias muito divergentes uns dos outros, que pode causar debates conflituosos a respeito do tema.

Esclarecemos ainda, que o(a) senhor(a) 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 proporcionar a equipe um momento para compreender e refletir sobre a possível contribuição da territorialização e do planejamento no processo de trabalho das equipes de saúde para o fortalecimento da Atenção Básica.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá contatar: Ana Paula Correa Pardal Morgado, endereço: Rua Deputado Nilson Ribas, 863, apto 401, Fone: (43) 3347-8783 ou 8426-1710, e-mail: ana_paulamorgado@hotmail.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 ao (à) senhor(a).

Londrina, ____ de _____ de 201__.

Ana Paula Correa Pardal Morgado

Pesquisador Responsável

RG: __6118818-5__

_____ (NOME POR EXTENSO DO SUJEITO DE PESQUISA), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

Adaptado de: <http://www.uel.br/comites/cepesb/pages/arquivos/TCLE%20-%20Termo%20de%20Consentimento%20Livre%20Esclarecido%20-%20Modelo.doc>.

ANEXOS

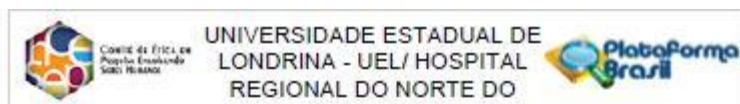
ANEXO A

O MAPA DO TERRITÓRIO



ANEXO B

PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A TERRITORIALIZAÇÃO E O PLANEJAMENTO DAS EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA E NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA.

Pesquisador: Ana Paula Correa Pardo Morgado

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 42853115.0.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Programa de Mestrado em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

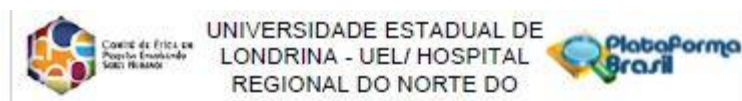
Número do Parecer: 1.036.295

Data da Relatoria: 26/04/2015

Apresentação do Projeto:

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem por finalidade a atenção integral das pessoas em seu contexto familiar e comunitário, com atendimento multiprofissional, e não somente a atenção ao indivíduo e a sua doença. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados para aumentar o escopo das ações em saúde das equipes Saúde da Família (SF). Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), são atribuições de toda equipe de saúde, o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação dos profissionais de saúde. A territorialização é o processo no qual se identificam grupos, famílias e indivíduos de um território adscrito, e os fatores condicionantes e determinantes de sua saúde; é uma ação fundamental para a análise da situação de saúde da população adscrita, e para o planejamento e a implantação de ações estratégicas para intervir nos problemas encontrados, a fim de garantir a resiliência ao sistema. O Planejamento é um processo que consiste em um conjunto de ações direcionado para tornar um objetivo realidade. O projeto de pesquisa tem por objetivo compreender como se dá o processo de territorialização e de planejamento das equipes SF e NASF do município de Londrina, Pr., através da pesquisa qualitativa, utilizando-se de análise documental, de entrevista semi-estruturada e grupo focal.

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3
 Bairro: Campus Universitário CEP: 86.057-070
 UF: PR Município: LONDRINA
 Telefone: (43)3371-5455 E-mail: cep208@uel.br



Continuação do Protocolo: 1.036.226

gravados e transcritos, submetidos a Análise de Conteúdo.

Crterios de incluso: Profissionais com seis meses ou mais de atuao na funao.

Crterios de exclusao: Noo apresentados.

Hiptese: Para o desenvolvimento da territorializao e do planejamento nas equipes SF e NASF o necessrio o trabalho em equipe. Para que o trabalho em equipe ocorra o necessrio compreender a importncia do trabalho em equipe e como realiza-lo. Para realizar aes de territorializao e planejamento o necessrio ter conhecimento sobre esses processos de trabalho.

Metodologia: O presente estudo ser desenvolvido junto aos participantes das equipes SF e NASF do municpio de Londrina, com mais de seis meses de atuao na funao, a serem definidos em conjunto com a Secretaria Municipal de Saude, no periodo de maro a maio de 2015. A coleta de dados se dar por meio de 25 entrevistas individuais; um grupo focal, que contar com 10 participantes; e, anlise documental. A entrevista ser semi-estruturada, gravada e transcrita, com profissionais de diferentes categorias profissionais, realizada pelo prprio pesquisadora. O grupo focal ser realizado com profissionais de diferentes equipes e profisses, e no sero os mesmos da entrevista individual. O grupo focal ser conduzido, gravado e posteriormente transcrito pelo prprio pesquisador. Para esta pesquisa sero utilizados recursos disponiveis para anlise documental, que tenham relao com os processos de territorializao e planejamento, sejam atas de reunies, cadernos de controle, mapas, relatrios, etc. A pesquisa iniciar somente aps sua aprovao pelo CEP-UEL. Sendo os TCLE e demais autorizaes apresentados e assinados previamente pelos participantes. As entrevistas sero sigilosas e os entrevistados identificados por cdigos, no tendo suas identidades reveladas. Apes a coleta e anlise de dados, todas as gravaes sero destrudas.

Objetivo da Pesquisa:

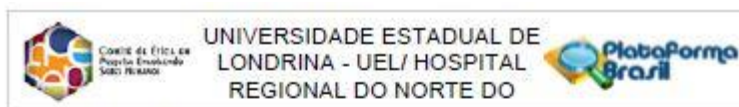
OBJETIVO PRIMARIO:

Compreender como se da o processo de territorializao e de planejamento das ESF e NASF.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- Aprender o entendimento das ESF e NASF quanto a territorializao e o planejamento das aes em saude.
- Conhecer as experincias das ESF e NASF quanto ao processo de territorializao e de

Endereo: PROPPG - LABESC - Sala 3	CEP: 86.057-970
Bairro: Campus Universitrio	
UF: PR Municipio: LONDRINA	
Telefone: (43)3371-5455	E-mail: cep016@uel.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL/ HOSPITAL
REGIONAL DO NORTE DO

Continuação do Parecer: 1.030.295

planejamento. • Identificar como é a interação entre as equipes ESF e NASF no processo de territorialização e de planejamento. • Identificar fragilidades e potencialidades das equipes em relação a territorialização e planejamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora responsável:

RISCOS: Os participantes podem apresentar ideias muito divergentes uns dos outros, que pode causar debates conflituosos a respeito do tema, o participante pode sentir-se desconfortável ao não saber responder algum questionamento da entrevista.

BENEFÍCIOS: Espera-se com a pesquisa promover espaços de debates que possam produzir a reflexão sobre o processo de trabalho em equipe envolvendo o planejamento e a territorialização, a fim de fortalecer a ESF e a AB.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos necessários foram apresentados e devidamente assinados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Face ao atendimento às pendências, sugere-se a aprovação do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3
Bairro: Campus Universitário CEP: 86.057-070
UF: PR Município: LONDRINA
Telefone: (43)3371-5455 E-mail: cep208@uel.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL/ HOSPITAL
REGIONAL DO NORTE DO



Continuação do Parecer: 1.036.295

LONDRINA, 27 de Abril de 2015

Assinado por:
Paula Mariza Zedu Allprandini
(Coordenador)

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3
Bairro: Campus Universitário CEP: 86.057-970
UF: PR Município: LONDRINA
Telefone: (43)3371-5455 E-mail: cep209@uel.br