

ELEONORA LOPES DA COSTA

ANÁLISE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

BRASÍLIA, 2018

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

ELEONORA LOPES DA COSTA

**ANÁLISE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof. Dra. Denise de Lima Costa Furlanetto.

**BRASÍLIA
2018**

ELEONORA LOPES DA COSTA

**ANÁLISE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em: 31 de janeiro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Denise de Lima Costa Furlanetto – (presidente)

Universidade de Brasília – UnB

Magda Duarte dos Anjos Scherer

Universidade de Brasília – UnB

Adriano de Almeida de Lima

Universidade de Brasília – UnB

Claudia Mara Pedrosa

Universidade de Brasília – UnB

À minha mãe querida, fonte inesgotável de sabedoria, constante motivação para todos os meus desafios intelectuais.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela minha existência.

Em especial à minha mãe, por ser uma pessoa culta, que sempre me apoiou nos estudos. Pelas conversas cotidianas e pela força.

Aos meus filhos maravilhosos, por compreenderem que este título era um sonho para mim, e mesmo com minhas ausências em casa, sempre me motivaram.

Ao grande amor da minha vida e também companheiro de mestrado, Ricardo Alves de Oliveira, por estar sempre ao meu lado, me proporcionando companhia, tranquilidade, esperança e amor.

À Professora Dra. Denise de Lima Costa Furlanetto, que além de ser uma pessoa fantástica e sempre disponível, é um exemplo de profissional na docência. Agradeço muito pela confiança e pelo convívio. Agradeço especialmente pela paciência e por não medir esforços para a transmissão de saberes. Suas sábias orientações, viabilizaram a construção e finalização desse projeto.

Às minhas colegas que integram a Estratégia de Saúde da Família (ESF) na qual trabalho, pela colaboração e disponibilidade em ajudar, contribuindo assim para minha trajetória de formação acadêmica; em especial, à Edite, que se prontificou em ir à Unidade de Saúde, quando mais precisei.

Às alunas do curso de graduação em Saúde Coletiva Juliana Santos Moreno, Rafaela dos Santos Ferreira e Bruna Paes de Oliveira, que me ajudaram sobremaneira na aplicação do percurso metodológico da pesquisa, através das entrevistas e dos grupos focais.

Aos professores Adriano de Almeida de Lima, Magda Duarte dos Anjos Scherer e Claudia Mara Pedrosa, por aceitarem o convite em participar da banca de defesa deste mestrado e por todas as contribuições ao longo deste processo.

À Universidade de Brasília (UnB), por meio do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), aos professores e funcionários, que me proporcionaram uma formação acadêmica pública e de qualidade.

“Você nunca sabe que resultados virão de sua ação. Mas se você não fizer nada, não existirão os resultados”.

(Mahatma Gandhi)

RESUMO

O Programa Saúde da Família surgiu no Brasil em 1994, visando uma reformulação no modelo assistencial em saúde, que estava centrado na doença e no médico. Em 2006, o Programa em questão deixou de ser um programa e passou a ser uma estratégia permanente na atenção básica à saúde. O princípio mais importante dessa estratégia é que a saúde deva ser garantida como um direito de todo o cidadão e um dever do Estado. Segundo o Ministério da Saúde, a Unidade Básica de Saúde está destinada a fornecer ao cidadão uma atenção contínua no nível de proteção social básica através de uma equipe multiprofissional habilitada a desenvolver atividades de promoção, proteção e recuperação à saúde. O presente estudo propôs uma pesquisa de natureza qualitativa, que objetiva avaliar a implementação da Estratégia Saúde da Família em uma Unidade de Saúde do Distrito Federal. A metodologia incluiu a realização de entrevistas semiestruturadas para os profissionais de saúde da unidade e grupos focais para os usuários que são atendidos pela equipe de Estratégia Saúde da Família nesta Unidade Básica de Saúde. Por meio das entrevistas e grupos focais, foi possível analisar a percepção dos usuários de saúde e dos profissionais de saúde da equipe multidisciplinar acerca dos seguintes temas selecionados para o estudo: trabalho realizado pela equipe dos profissionais em saúde, integralidade da atenção e acolhimento do usuário. Após a análise por grupo, foi feita a análise comparativa dos dados obtidos dessas duas populações de participantes. Nos resultados, observaram-se convergências e divergências em relação aos temas propostos. A partir disso, foram propostas melhorias e adequações ao serviço de saúde prestado à população.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; trabalho em equipe; colaboração interprofissional.

ABSTRACT

The Family Health Program emerged in Brazil in 1994, aimed at reformulating the health care model, which was centered on the disease and the doctor. In 2006, the Family Health Program ceased to be a program and became a permanent strategy in basic health care. The most important principle of this strategy is that health should be guaranteed as a right of every citizen and a duty of the State. According to the Ministry of Health, the Basic Health Unit is intended to provide the citizen with continuous attention at the level of basic social protection through a multiprofessional team empowered to develop health promotion, protection and recovery activities. The present study proposed a qualitative research that aims to evaluate the implementation of the Family Health Strategy in a Health Unit of the Federal District. The methodology included semi-structured interviews for the health professionals of the unit and focus groups for the users that are assisted by the Family Health Strategy team in this Basic Health Unit. Through interviews and focus groups, it was possible to analyze the users' perception health and health professionals of the multidisciplinary team on the following topics selected for this study: work carried out by the team of health professionals, integral care and user acceptance. After the analysis within each group, a comparative analysis of the data obtained from these two populations of participants was carried out. In the results, we observed convergences and divergences in relation to the proposed themes. A profile of the care was drawn in the spheres of the chosen themes. From this, improvements and adaptations to the health service provided to the population were proposed.

Keywords: Primary Health Care; Family Health Strategy; teamwork; interprofessional collaboration.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Categorias objetos de análise: equipe multiprofissional de saúde, integralidade do cuidado e acolhimento na percepção dos profissionais de saúde e usuários do serviço.....	33
Figura 2 –	Percepção dos profissionais de saúde. Categoria: Equipe multiprofissional de saúde. Subcategorias: percepção conceitual, funcionamento, reunião de equipe (importância e limitações), importância do Agente Comunitário de Saúde e dificuldades.....	35
Figura 3 –	Percepção dos usuários do serviço. Categoria: Equipe multiprofissional. Subcategoria: funcionamento.....	43
Figura 4 –	Percepção dos profissionais de saúde. Categoria: Integralidade do cuidado. Subcategorias: funcionamento, visitas domiciliares (importância e dificuldades), referência/contra referência, limitações, estrutura física e mudanças.....	44
Figura 5 –	Percepção dos usuários do serviço. Categoria: Integralidade do cuidado. Subcategorias: funcionamento, visitas domiciliares, referência/contra-referência, limitações, estrutura física da unidade e mudanças.....	51
Figura 6 –	Percepção dos profissionais de saúde. Categoria: Acolhimento. Subcategorias: percepção conceitual, profissional que realiza, funcionamento e dificuldades.....	58
Figura 7 –	Percepção dos usuários do serviço. Categoria: Acolhimento. Subcategorias: funcionamento e profissional que realiza.....	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD	- Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	- Agente Comunitário de Saúde
APS	- Atenção Primária à Saúde
CAAE	- Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CF	- Constituição Federal
EIP	- Educação Interprofissional em Saúde
EqSF	- Equipe de Saúde da Família
ESB	- Equipe de Saúde Bucal
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
E-SUS	- Estratégia do Departamento de Atenção Básica
FEPECS	- Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
FS	- Faculdade de Ciências da Saúde
GM	- Gabinete do Ministro
MS	- Ministério da Saúde
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PNAB	- Política Nacional de Atenção Básica
PPGSC	- Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
PSF	- Programa Saúde da Família
RA	- Região Administrativa
SB	- Saúde Bucal
SESEDF	- Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
THD	- Técnico em Higiene Dental
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UnB	- Universidade de Brasília
CD	- Programa do Crescimento e Desenvolvimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	17
3.2 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	20
3.3 INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO Á SAÚDE	23
3.4 ACOLHIMENTO.....	27
4 PERCURSO METODOLÓGICO	30
4.1 POPULAÇÃO DE ESTUDO	30
4.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA	30
4.3 PROCEDIMENTOS DE COLETAS DE DADOS	31
4.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	32
4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	33
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	34
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
5.1 CATEGORIA: EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.....	35
5.1.1 Percepção dos profissionais de saúde	35
5.1.2 Percepção dos usuários do serviço	43
5.1.3 Convergências e divergências.....	44
5.2 CATEGORIA: INTEGRALIDADE DO CUIDADO.....	44
5.2.1 Percepção dos profissionais de saúde	44
5.2.2 Percepção dos usuários do serviço	51
5.2.3 Convergências e divergências.....	56
5.3 CATEGORIA: ACOLHIMENTO	58
5.3.1 Percepção dos profissionais de saúde	58
5.3.2 Percepção dos usuários do serviço	61
5.3.3 Convergências e divergências.....	62

6 ESTRATÉGIAS, EXPECTATIVAS E SUGESTÕES PARA A MELHORIA DO SERVIÇO	63
6.1 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	63
6.1.1 Ressaltar a importância das reuniões de equipe para as entidades gestoras	63
6.1.2 Reforçar o trabalho como equipe interprofissional de saúde.....	63
6.1.3 Reforçar, por parte da gestão e dos profissionais, a importância de cada membro da equipe	64
6.2 INTEGRALIDADE DO CUIDADO.....	65
6.2.1 Recomendar que a gerência promova estudos de avaliação com indicadores que mensurem a qualidade do serviço ofertado.....	65
6.2.2 Desenvolver, juntamente com a entidade gestora, novas técnicas para a educação em saúde.....	66
6.2.3 Motivar a aceitação pelos usuários da prevenção, promoção e educação em saúde	66
6.2.4 Esclarecer aos usuários o que é a Estratégia Saúde da Família (a equipe deve cumprir esse papel).....	67
6.2.5 Expectativa para referência/contra referência.....	688
6.2.6 Solicitação de recursos humanos administrativos às entidades gestoras	69
6.3 ACOLHIMENTO.....	70
6.3.1 Solicitar que a entidade gestora promova treinamento para a equipe	70
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	711
REFERÊNCIAS.....	722
APÊNDICES	80
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	811
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTAS PARA OS USUÁRIOS PARTICIPANTES DOS GRUPOS FOCAIS.....	833
APÊNDICE C – UNIDADES DE REGISTRO DAS SUBCATEGORIAS OBTIDAS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	85

APÊNDICE D – UNIDADES DE REGISTRO DAS SUBCATEGORIAS OBTIDAS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO.	99
APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	111
APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS USUÁRIOS DO SERVIÇO.....	112
APÊNDICE G – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA	113
ANEXOS	114
ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO COM APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA	115
ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO COM APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL	126

1 INTRODUÇÃO

Saúde não deve ser compreendida e considerada simplesmente como “ausência de doenças”. É um equívoco atribuir um conceito tão simplista e restrito a algo tão complexo e associado a uma diversidade de determinantes.

Considerando a complexidade dos indivíduos e de suas demandas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs em 1948 o conceito de saúde, estendendo-o para além da visão essencialmente biológica: “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”, implicando também o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde (SCLIAR, 2007, p. 36).

No Brasil, vários temas em discussão foram fortalecidos ao serem inseridos na 8ª. Conferência Nacional de Saúde, em 1986: saúde como direito de todos, ampliação do conceito de saúde com ênfase nas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, além do incentivar os movimentos populares e promover a melhoria dos serviços de saúde. Um tema da maior relevância foi a reformulação do sistema nacional de saúde que culminou na elaboração de um projeto para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1986).

Reforçando a importância da garantia de saúde ao cidadão brasileiro, a Constituição Federal (CF) de 1988 contemplou em seu art. 196, *in verbis*:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação.

Este é o princípio que norteia o SUS. E é o princípio que está colaborando para desenvolver a dignidade aos brasileiros, como cidadãos e como seres humanos (SCLIAR, 2007).

Os princípios doutrinários do SUS são a universalidade, a integralidade, a equidade e o direito à informação, afirmando também o conceito de cidadania aos brasileiros. Campos *et al.* (2008) ressaltam que as diretrizes organizativas do SUS (descentralização, regionalização, hierarquização dos serviços e participação da comunidade) objetivam dar racionalidade ao seu funcionamento.

Para que essas premissas (princípios e diretrizes) do SUS sejam colocadas em prática, faz-se necessário que profissionais de saúde sejam atores nesse processo de oferta dos serviços de saúde. Na rede de atenção à saúde brasileira, a atenção primária é considerada a porta de entrada para o usuário dos serviços e também está descrita como a ordenadora dessa rede, à medida que está incumbida de realizar o referenciamento para os demais níveis de atenção à saúde.

Pensando nessa oferta de serviços, os profissionais de saúde que se dispõem a trabalhar na atenção primária, cumprem diariamente um duplo desafio. Primeiramente, ao trabalhar em equipe, com outros profissionais de saúde, respeitando os diversos saberes dos colegas, sem se desfazer dos seus próprios, com o objetivo de, ao final, ofertar a melhor conduta diante de determinada demanda do usuário. Em segundo lugar, buscando sempre acolher quem procura o serviço de saúde, entendendo que esse cidadão está inserido em um contexto social, econômico e familiar e que sua demanda precisa ser atendida integralmente, ou seja, respeitando os passos da atenção integral à saúde, propiciando ao usuário, ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Por questões de ordem prática e operacional (tempo hábil, recursos humanos escassos, fichas de produtividades de fácil preenchimento por parte dos profissionais, dentre outros), o sistema avaliativo dos serviços de saúde na atenção primária, em sua maioria, é realizado por preenchimento de formulários mensais, nos quais ocorre apenas a inserção de números. Esses números, de certa forma, visam refletir o número de consultas, de procedimentos específicos de cada área da saúde, de quantidade de referências demandadas aos outros níveis de atenção, entre outros indicadores. No entanto, a quantidade de consultas médicas, por exemplo, não reflete como ocorreu tal consulta, nem as dificuldades encontradas para que a mesma acontecesse, tão pouco elucidada se esta consulta teve a participação de vários membros da equipe para sua ocorrência.

Assim, seria de interesse, tanto para o profissional de saúde, quanto para o gestor do serviço, ter a resposta para várias perguntas em relação ao processo de trabalho e à oferta dos serviços ao usuário, a partir das premissas da Estratégia Saúde da Família (ESF): será que o atendimento aos usuários está sendo feito realmente por uma equipe de saúde, ou somente pelo profissional médico? Será que quando o usuário necessita ser referenciado a outro serviço, esse processo está

ocorrendo a contento? Será que esse indivíduo que procura a Unidade Básica de Saúde (UBS) está sendo acolhido de forma satisfatória pelo profissional de saúde?

Ao mesmo tempo, seria igualmente interessante, compreender a percepção dos usuários, no que diz respeito à oferta de serviço na UBS a que eles recorrem. Apenas com dados quantitativos, existem limitações para se alcançar dimensões como o olhar e expectativas do usuário acerca do cuidado a ele oferecido.

A partir dessas considerações, entende-se que a realização desta pesquisa se faz bastante oportuna, pois se torna instigante responder a tais questionamentos, advindos dos vários atores envolvidos no processo: profissionais de saúde e usuários do serviço. Com os resultados, pretende-se contribuir propondo melhorias à oferta dos serviços disponibilizados. Esta pesquisa se torna ainda mais relevante, por tratar-se de uma UBS do Distrito Federal, onde nenhum estudo dessa natureza fora antes realizado.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a Estratégia Saúde da Família (ESF) em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de uma Região do Distrito Federal.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apreender a percepção dos profissionais de saúde da equipe sobre a oferta dos serviços da unidade, com abordagem aos temas atuação da equipe multiprofissional, integralidade da atenção e acolhimento;
- Apreender a percepção do usuário sobre a oferta dos serviços da unidade, com abordagem aos temas atuação da equipe multiprofissional, integralidade da atenção e acolhimento;
- Realizar análise comparativa dos dados obtidos de profissionais de saúde e usuários do serviço; e
- Propor melhorias ao serviço ofertado, considerando as convergências e divergências, sob a ótica dos profissionais de saúde da equipe e dos usuários do serviço.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Esta etapa da pesquisa visa compor a base teórica dentro da temática na qual este estudo se inscreve. Foram incluídos temas relacionados a pressupostos e particularidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), os quais nortearam o recorte proposto para o presente estudo: equipe multiprofissional na ESF; integralidade da atenção e acolhimento.

3.1 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

De acordo com Aquino *et al.* (*apud* PAIM; ALMEIDA FILHO, 2014), várias propostas de mudanças – inspiradas pela Reforma Sanitária e pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) – têm sido esboçadas ao longo do tempo, traduzidas, entre outras, nos projetos de criação dos distritos sanitários e dos sistemas locais de saúde. Essas iniciativas, entretanto, apresentam avanços e retrocessos e seus resultados têm sido pouco perceptíveis na estruturação dos serviços de saúde, exatamente por não promover mudanças significativas no modelo assistencial atual. O desenho de um novo modelo vem sendo repensado, no intuito de oferecer ao paciente, um sistema de saúde mais adequado às suas necessidades. Assim, a ESF está estruturada, tendo como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre profissionais de saúde e a população.

A Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011, do Ministério da Saúde (MS), atualizada pela Portaria MS/GM¹ n. 2.436, de 21 de setembro de 2017, preconiza que a Atenção Básica está pautada em diretrizes e princípios e 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, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e

¹ Gabinete do Ministro.

autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Essa Portaria ainda menciona que o PSF visa a reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS (BRASIL, 2011).

[...] a efetivação da reorganização da atenção básica pela estratégia do PSF não se resume a uma nova configuração da equipe técnico-assistencial, mas ao novo processo de trabalho marcado pela prática ética, humana e vinculada ao exercício da cidadania e que favorece a qualidade da relação interpessoal no âmbito do SUS (ZOBOLI; FORTES, 2004, p. 1690).

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação em toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2011).

A Saúde da Família (SF) foi criada pelo MS em 1994, com o propósito de orientar a organização da Atenção Básica no país no sentido de garantir os princípios de territorialização, longitudinalidade no cuidado, intersetorialidade, descentralização, co-responsabilização e equidade, priorizando grupos populacionais do SUS. Nos primeiros anos, recebeu a denominação de Programa Saúde da Família (PSF) e, posteriormente, em sua fase de consolidação, passou a ser denominada Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2008).

Em sua essência, a ESF foi pensada como mecanismo de ruptura em relação ao comportamento passivo e baseada em ações das unidades básicas de saúde, entendendo o indivíduo como singular e como parte de um contexto mais amplo que é a família e a comunidade (BRASIL, 2008).

A ESF propôs reorganizar a Atenção Primária à Saúde a partir da família e seu ambiente físico e social, possibilitando maior compreensão do processo saúde-doença, com intervenções além das práticas curativas. No contexto do cotidiano de atenção à saúde e temática, ambiente saudável e qualidade de vida devem ser considerados, por influenciar na qualidade do serviço prestado e repercutir em promoção de saúde. Ainda, com relação à qualidade do serviço prestado em saúde pública, a Constituição brasileira legitima o direito de todos, sem qualquer discriminação às ações de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os níveis de atenção, é orientado por diretrizes que valorizam práticas em saúde voltadas aos direitos humanos. As relações estabelecidas entre profissionais de saúde e usuários estão entre os temas desafiadores para a reorganização dos serviços de saúde, sendo, dessa forma, essenciais à plena implementação do SUS (LIMA *et al.*, 2014,p.153).

A ESF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos no MS, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como uma Estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados. Este programa deve ser entendido como modelo substitutivo da rede básica tradicional – de cobertura universal, porém assumindo o desafio do princípio da equidade – e reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes.

Segundo Junqueira (2008), são características específicas do processo de trabalho da ESF: manutenção do cadastramento atualizado das famílias, definição precisa do território (mapeamento e reconhecimento da área adstrita), abordagem dos critérios de risco à saúde para programação das atividades, cuidado familiar ampliado, trabalho interdisciplinar e em equipe, ações intersetoriais, criação de vínculos de confiança entre profissionais de saúde e usuários, estímulo à participação da comunidade no controle social e avaliação sistemática das ações implementadas.

O Ministério da Saúde aponta a importância da institucionalização da avaliação da ESF e busca realizá-la através do envolvimento dos diversos atores que compõem tal contexto, em especial, os usuários. Nesse sentido, acredita-se que a escuta aos usuários em relação a sua percepção acerca da ESF é uma parte importante desse processo de avaliação preconizado pelo Ministério da Saúde e em concordância com as diretrizes de diversos países como Estados

Unidos, Inglaterra, França e Canadá. Além disso, dar voz aos usuários pode representar melhorias significativas para a consolidação da ESF como novo modelo assistencial (TAHAN-SANTOS, 2011, p. 36).

Soratto *et al.* (2015) concluíram que a ESF se trata de uma inovação tecnológica não material do tipo incremental. Inovação tecnológica, pois houve a introdução de um novo ou significativamente melhorado serviço (produto) e método (processo) de produzir saúde. Houve também, a implementação de um modelo organizacional não utilizado anteriormente no modelo tradicional de atenção à saúde. Não material, pois pertence à esfera de produção imaterial, onde o produto do trabalho é gerado durante a própria realização da assistência em saúde, e não tem um resultado físico, como na produção material. Por fim, é incremental, pois não rompeu totalmente com as práticas do modelo tradicional de saúde, mas as aperfeiçoou, melhorando as ações assistenciais e os determinantes de morbimortalidade. Esses autores ainda elucidam que a definição da ESF como uma inovação tecnológica em saúde, não se dá pelo seu possível aparato tecnológico material que as estruturas físicas possuem ou deixam de possuir nas diferentes realidades geográficas, mas sim, pelos princípios teóricos e políticos em que se ancora, consistindo em um caminho profícuo para superar os limites da concepção tradicional de pensar e produzir saúde.

3.2 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) – Portaria MS/GM n. 2.488/2011, atualizada pela Portaria MS/GM n. 2.436/2017 –, a equipe na ESF era composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de Enfermagem e seis ou mais Agentes Comunitários de Saúde (ACSs). Segundo a PNAB de 2012, para que houvesse a implantação de ESF, seria necessário um número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACSs por Equipes de Saúde da Família (EqSF).

A partir do ano de 2000, foram incluídas as equipes de Saúde Bucal (SB), prevendo a atuação integrada do cirurgião-dentista, do Técnico de Higiene Dental (THD) e do Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), dependendo da modalidade escolhida (BRASIL, 2008).

Em setembro de 2017, com a reformulação da PNAB de 2012, entre as principais modificações, estão a não obrigatoriedade de ter o agente comunitário como trabalhador da Equipe de Atenção Básica à Saúde. Nas equipes da ESF, a cobertura de 100% da população pelo profissional ACS está restrita a certas áreas de risco e vulnerabilidade social. Com a nova PNAB, ocorre uma indefinição de número de ACS por equipe, o qual deverá ser definido de acordo com a base populacional (levando-se em consideração critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos) (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Muitos autores defendem o importante e crucial papel exercido pelo ACS, que é o de ser um elo entre os profissionais e a comunidade. Starfield (2002) cita que, apesar da ESF possuir características similares ao modelo de saúde tradicional da Atenção Básica, ele possui particularidades, como a riqueza da contribuição do trabalho dos ACSs, o pressuposto do trabalho multiprofissional nas equipes, o vínculo entre equipe, população e território, e o estímulo à participação da comunidade.

Eulalio, Santos e Albuquerque (2009) argumentam que no contexto da ESF, a relação interprofissional da equipe multidisciplinar e usuário não deve se restringir somente ao tratamento de doenças, mas se fundamentar na promoção da saúde e na percepção do indivíduo como ser biopsicossocial, que necessita ser escutado e compreendido nas necessidades físicas, emocionais e sociais.

Na ESF, o trabalho em equipe é considerado um dos pilares para a mudança do atual modelo hegemônico em saúde, com interação constante e intensa de trabalhadores de diferentes categorias e com diversidade de conhecimentos e habilidade que interajam entre si para que o cuidado do usuário seja o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica. Esses profissionais de saúde que compõem as equipes de SF devem ter o compromisso com o acesso, o vínculo entre usuários e profissionais e a continuidade e longitudinalidade do cuidado (FIGUEIREDO, 2012).

Segundo Matuda *et al.* (2015), a colaboração interprofissional proporciona uma atenção à saúde mais abrangente e serve para descrever a natureza da interação entre profissionais de diferentes campos do conhecimento. Está relacionada ao cuidado integral, se aproxima de práticas participativas e de relacionamentos pessoais mútuos e recíprocos entre os integrantes das equipes, contrapondo-se às relações tradicionais hierarquizadas. Envolve um constante processo de comunicação e de tomada de decisões, que permite que os conhecimentos e habilidades de diferentes profissionais atuem de forma sinérgica com o usuário e a comunidade. Mesmo que haja uma variedade de profissionais compondo as equipes de saúde, isso não quer dizer que esses profissionais ofereçam uma atenção qualificada aos usuários e que a equipe esteja trabalhando de forma interdisciplinar. Ainda, segundo os autores, seria importante que os profissionais aprendessem a lidar com as dinâmicas relacionais e os processos de interação com o outro, abrangendo não apenas a relação entre a equipe e os usuários, mas também a relação entre os membros da equipe. A maneira como cada profissional se comunica e interage com os outros profissionais pode ser importante fonte de conflito ou de colaboração interprofissional. Dessa forma, o agrupamento de profissionais em equipes, não necessariamente significa que exista uma prática colaborativa entre eles.

Escalda, Parreira e Cyrino (2017) ressaltam a importância de se observar a complexidade crescente dos problemas de saúde enfrentados pelas equipes de saúde multiprofissionais. Descreve que a prática colaborativa engloba quatro parâmetros, a saber: 1) Partilha (definida como compromisso colaborativo); 2) Parceria (em que dois ou mais atores se juntam de forma colaborativa); 3) Interdependência (dependência mútua entre os profissionais); e, 4) Poder (compartilhado entre os membros da equipe).

Peduzzi *et al.* (2013, p. 978) ressaltam que é importante respeitar a manutenção das especificidades de cada área, mesmo em trabalho em equipe e prática colaborativa:

Profissionais com diferentes formações na saúde, dispostos a transitar entre as áreas específicas de formação, articulam seu saber específico com o dos outros na organização do trabalho, o que possibilita tanto compartilhar as ações como delegar atividades a outros profissionais, nos moldes de uma prática colaborativa [...] a literatura, sobre trabalho em equipe e prática colaborativa, mostra

que a articulação das ações e a colaboração dos profissionais de diferentes áreas requer a manutenção das especificidades de cada área, assim como a interdisciplinaridade requer a disciplinaridade.

3.3 INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE

A integralidade da atenção à saúde deve ser entendida como uma questão de cidadania, uma vez que valoriza o indivíduo, ouvindo e atendendo suas demandas, dando resolubilidade às suas queixas e anseios, respeitando-o como um ser integral, provido de uma inserção social, econômica e familiar.

A integralidade da atenção, definida como a prestação de serviços que atendam às necessidades mais comuns de saúde da população e com responsabilização por outros pontos de atenção à saúde, tem sido um grande avanço na ESF quando comparado com o modelo de APS em Unidade Básica de Saúde tradicional. Isso se deve à conjugação de ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação pela ESF, mas também pela capacidade de buscar garantir todas as demandas de saúde das pessoas. Entretanto, para garantir a integralidade da atenção, a ESF precisa ser a porta de entrada do sistema, estar integrada à rede assistencial e assumir o papel de coordenadora da continuidade da atenção ao usuário (ARANTES, SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016, p. 1505).

Quando se pretende atender o usuário que procura o serviço de saúde de forma integral, deve-se não manter o foco somente na doença, mas sim, no indivíduo como um todo. A integralidade deve ser um arranjo articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos nos diferentes níveis de complexidade do sistema. De uma forma individual, o que deve ocorrer é o saneamento de todas as necessidades apresentadas pelo indivíduo que procurou o serviço de saúde. De forma coletiva, é atender as demandas da comunidade, levando em consideração os indivíduos como inseridos em um contexto social, familiar e econômico.

De acordo com Mattos (*apud* PINHEIRO; CAMARGO JR., 2003), a integralidade, além de ser uma diretriz do SUS, é uma bandeira de luta, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas desejáveis por alguns. A medicina, quando

praticada com engajamento na integralidade, critica fortemente a fragmentação das ações perante os usuários dos serviços de saúde. Essa fragmentação está inserida em um contexto fortalecedor das especialidades médicas, onde os profissionais de saúde recortam os pacientes, e se preocupam prioritariamente com o funcionamento dos aparelhos ou sistemas focos da sua especialização.

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde são aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização, o que impossibilita a gestão baseada na população. Neles, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e esses dois níveis também não se comunicam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio. Nesses sistemas, a atenção primária à saúde não pode exercer seu papel de centro de comunicação, coordenando o cuidado (MENDES, 2010, p. 2299).

Obviamente, para os gastos públicos e para o bem da população, técnicas preventivas devem ser incentivadas, mesmo porque, para o Estado é bem menos oneroso se houver número reduzido de pessoas adoecidas e com necessidades de tratamentos mais complexos, sofisticados e conseqüentemente mais caros. Porém, no mercado capitalista, onde grandes empresas vivem de abastecer hospitais de insumos, financiando a manutenção da assistência curativa, a propagação do pensamento preventivo não é de forma alguma atraente.

[...] esse sentido traz à tona uma das críticas mais frequentes ao arranjo das práticas em saúde que é a ênfase na assistência individual, curativista e biologicista, que impossibilitam visualizar o indivíduo em sua inserção no espaço coletivo. Como consequência, temos uma atenção à saúde limitada aos trâmites da queixa-conduta, que em pouco contribui para a transformação da realidade de saúde/doença individual e coletiva. Mesmo diante de tantas limitações, historicamente, a assistência individual e curativista assumiu o papel de protagonista da produção dos serviços de saúde. Tal situação ganha força na atualidade pela existência de uma série de determinantes. Um deles seria a formação profissional ainda embasada em referências que não dão suporte para a realização da assistência que tenha como eixo estruturante a integralidade da atenção à saúde e que, sobretudo, esteja voltada para a transformação da realidade de saúde dos mais diversos espaços sociais. Outro determinante é a influência mercadológica capitalista que, sob a influência das grandes empresas em saúde, principais privilegiadas por essa organização, aponta a atenção curativa como

sendo rentável e a saúde como uma mercadoria a ser consumida e negociada. Não queremos aqui negar a importância da clínica, muito pelo contrário, ela é um instrumento valioso e imprescindível em eventos inevitáveis como a ocorrência de patologias ou de acidentes em algum momento da vida de uma pessoa, por dispor de terapêuticas e ações vitais em tais momentos. O que pretendemos na verdade é discutir limites e possibilidades desse modelo pensado como único e desarticulado, tendo sempre em vista as novas necessidades de intervenção pautadas na integralidade (BONFADA *et al.*, 2012, p. 557).

Segundo Campos (2003), para o cuidado integral, é patente compreender as necessidades coletivas e individuais no campo biológico, econômico, educacional, social e ambiental com propósito de contemplar os determinantes e condicionantes da saúde-doença. Assim, dentro dessa lógica, ao se pensar em integralidade, preconiza-se um modelo de atenção que amplia os cenários de atuação para distintos pontos do contexto social, não restringindo o cuidado à Unidade de Saúde e à intervenção clínica.

De acordo com Pinheiro e Mattos (2006), a integralidade da atenção precisa ser trabalhada em várias dimensões para que seja alcançada da forma mais completa possível. Numa primeira dimensão, a integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, sejam eles um centro de saúde, uma equipe de PSF ou um hospital. Nesse encontro do usuário com a equipe haveriam de prevalecer, sempre, o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas por aquela pessoa que busca o serviço. Em uma segunda dimensão da integralidade da atenção, a integralidade da atenção como fruto de uma articulação de cada serviço de saúde, seja ele um centro de saúde, uma equipe de PSF, um ambulatório de especialidades ou um hospital, a uma rede muito mais complexa composta por outros serviços de saúde e outras instituições não necessariamente do “setor” saúde. A integralidade pensada no “macro”.

Em um estudo realizado por Fracolli *et al.* (2011), as autoras concluíram que a reorganização da Atenção Básica pela ESF vem permitindo a organização de Unidades Básicas de Saúde (UBSs) mais acolhedoras, com melhor qualidade e resolutividade das ações que realiza, e com ações de Enfermagem que sejam integral, preventiva e curativa, baseadas nas necessidades e demandas da população.

O cuidado integral ao indivíduo torna-se possível através das visitas domiciliares, onde a equipe multidisciplinar de saúde é capaz de investigar a realidade das famílias pela qual é responsável, com ênfase nas suas características socioeconômicas, psicoculturais, demográficas e epidemiológicas. Além disso, é atribuição dos profissionais da EqSF realizarem assistência em saúde da população adscrita, tanto na Unidade de Saúde, quanto no domicílio e nos demais espaços comunitários.

Para a ESF, a visita domiciliar é uma tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo de fundamental importância quando adotada pela equipe de saúde no conhecimento das condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade. Estabelece o rompimento do modelo hegemônico, centrado na doença, no qual predomina uma postura profissional tecnocrática e de pouca interação com o usuário, voltando-se à nova proposta de atendimento integral e humanizado do indivíduo inserido em seu contexto familiar (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009, p. 1104).

Através das visitas, torna-se possível conhecer o domicílio e suas características ambientais, identificando as condições socioeconômicas e culturais, identificando fatores de risco individuais e familiares, prestando assistência ao paciente no seu próprio domicílio (especialmente para acamados), auxiliando no controle e prevenção de doenças, incentivando a mudança de estilo de vida, intervindo precocemente na evolução para complicações e internações hospitalares, estimulando a independência e a autonomia do indivíduo e de sua família.

A visita domiciliar é uma das ferramentas que subsidia a prática do cuidado ampliado, pois nela estão inclusas ações educativas, de promoção de saúde e prevenção de doenças.

Assim, amplia-se a possibilidade de atender a todas as necessidades do indivíduo e familiares, oferecendo o cuidado na perspectiva da integralidade da atenção.

Juliani e Ciampone (1999) consideram o sistema de referência e contra-referência um dos pontos importantes para viabilizar a implantação do SUS, uma vez que é a partir da sua estruturação que o encaminhamento de pacientes aos diversos níveis de atenção torna-se possível. A integração entre os diferentes níveis de atenção (primária, secundária e terciária) está intimamente ligada às questões de acessibilidade, universalidade e integralidade da assistência. A finalidade do sistema

de referência e contra-referência é garantir acesso e a continuidade do atendimento conforme a lógica da complexidade e integralidade assistencial.

De acordo com Mendes (2010), a literatura internacional advinda de vários países, evidencia que as redes de atenção à saúde podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde. Segundo esse mesmo autor, no Brasil, estudos de casos de experiências de redes de atenção à saúde indicam que elas, à semelhança do que ocorre em países desenvolvidos, podem ter impacto significativo nos níveis de saúde, com custos suportáveis pelo SUS.

3.4 ACOLHIMENTO

O acolhimento é um instrumento de trabalho adequado para todos os trabalhadores de saúde em um serviço. Ele não deve limitar-se à recepção do paciente, mas em uma sequência de atos e modos que fazem parte do processo de trabalho em saúde. Através dele, o usuário é inserido no serviço, ao passo que promove a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e prioridades e o acesso aos demais níveis do sistema. O acolhimento não tem a premissa de resolver completamente os problemas referidos pelos usuários imediatamente, mas deve contemplar a atenção dispensada na relação, envolvendo a escuta, a valorização das queixas e a identificação das necessidades.

Escutar significa, num primeiro momento, acolher toda queixa ou relato do usuário, mesmo quando possa parecer não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento. Isso acaba gerando mais confiança ao usuário, aumentando sua autoestima e elevando a credibilidade para com o profissional, facilitando assim a cooperação ao tratamento e a continuidade do cuidado (MARTHA *et al.*, 2011, p. 167).

Segundo Medeiros *et al.* (2010), o acolher inicia-se no primeiro instante de um contato entre as pessoas, é atenção, o ouvir, enfim, é uma relação de respeito mútua, necessária ao desenvolvimento do trabalho, que vai aos poucos,

organizando uma sociedade menos individualista e mais passível de mudanças, de acordo com a necessidade do outro. Na ESF, tem se mostrado uma ferramenta eficiente para organizar o serviço, quando se articula a outras práticas que buscam definir e reconhecer as necessidades de saúde da população na área de responsabilidade da unidade.

Segundo Panizzi e Franco (*apud* FRANCO *et al.*, 2004), para enfrentamento e resolução dos problemas de saúde demandados, com ênfase na renovação e no fortalecimento de vínculos, corresponsabilidade e confiança entre profissionais e a comunidade, o acolhimento vem sendo proposto como uma ferramenta importantíssima para dar conta dos complexos problemas de saúde atuais.

O acolhimento é uma diretriz operacional que parte dos seguintes princípios: 1. Atender todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população. 2. Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional - equipe de acolhimento-, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde. 3. Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY *apud* MEHRY *et al.*, 2003, p. 347).

O acolhimento deve ser encarado como um processo de responsabilização, buscando a criação de vínculo a partir da escuta de problemas, troca de informações, mútuo reconhecimento de direitos e deveres, e decisões que possibilitem intervenções pertinentes e eficazes em torno das necessidades dos usuários do serviço de saúde. Dessa forma, o acolher deve possibilitar a abertura para recepção das demandas dos usuários, visando o encontro entre o sujeito a ser cuidado e o trabalhador de saúde. O acolhimento está vinculado à uma relação entre os sujeitos que cuidam e os que são cuidados, cuja ação é produzir um campo comum que vamos chamar de produção do cuidado compartilhado, corresponsabilização (PASCHE *apud* BRASIL, 2010).

Acesso e acolhimento são elementos essenciais do atendimento, para que se possa incidir efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade [...] Por acolhimento entende-se a postura do trabalhador de colocar-se no lugar do usuário para sentir quais são suas necessidades e, na medida do possível, atendê-las ou

direcioná-las para o ponto do sistema que seja capaz de responder àquelas demandas (RAMOS; LIMA, 2003, p. 28).

O acolhimento fortalece o PSF, pois mobiliza a sensibilidade dos profissionais, requerendo uma ação reflexiva, desenvolvimento ético e solidário para escutar e dialogar, recuperando o sentido da clínica e colocando as pessoas em primeiro lugar, contribuindo significativamente para construção e consolidação dos princípios do SUS (SANTOS; SANTOS, 2011).

Ao estudarem uma equipe de ESF, Schimith e Lima (2004) observaram que as atividades de recepção nessa equipe eram feitas, via de regra, pelas auxiliares de Enfermagem. No entanto, as autoras consideram que o processo de trabalho deve ser acordado entre os membros da equipe, definindo-se campo e núcleo de competência de cada profissional, com o objetivo de acolher e produzir vínculo com os usuários. Ainda defendem que a atividade de acolhimento deve ser de responsabilidade de toda a equipe e que o desafio de construção do SUS deve ser assumido por todos os trabalhadores.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

O presente estudo é de natureza qualitativa. Optou-se por esse método, porque o mesmo permite a apreensão das percepções, crenças e valores das pessoas, ao estarem envolvidas no cotidiano das ações da ESF, seja como profissional que oferta ou como usuário que busca os serviços ofertados.

4.1 POPULAÇÃO DE ESTUDO

O estudo incluiu dois grupos de participantes. Um deles foi composto pelos profissionais de saúde que trabalham em uma Unidade Básica de Saúde da Região Leste de Saúde do Distrito Federal. O segundo grupo incluiu membros da população adscrita para a referida UBS, por meio da seleção, por amostra intencional, de participantes das quadras da área de abrangência da equipe.

4.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

As entrevistas com os profissionais de saúde foram realizadas na própria UBS. Isso se deu pela impossibilidade de deslocamento dos mesmos, durante o horário de expediente. Os grupos focais com os usuários do serviço foram realizados no espaço físico de duas igrejas, nas quadras próximas à Unidade de Saúde. A escolha desses locais para realização das entrevistas e grupos focais visou oferecer privacidade aos participantes, sem gerar limitações de deslocamento que pudessem inviabilizar a participação dos mesmos.

4.3 PROCEDIMENTOS DE COLETAS DE DADOS

Os recursos metodológicos empregados para a coleta dos dados foram entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde que compõem o quadro da equipe multidisciplinar, sendo, portanto, uma médica, uma enfermeira, quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), duas técnicas em Enfermagem e uma técnica em Saúde Bucal (SB), incluindo os temas: trabalho em equipe, integralidade do cuidado e acolhimento.

Foram realizados grupos focais com usuários atendidos nesta UBS, participantes das quadras que são atendidas por esta UBS, para a abordagem das seguintes categorias: trabalho em equipe, integralidade do cuidado e acolhimento. Cada grupo focal foi composto por participantes da comunidade, que representassem as famílias adscritas na equipe. Foi selecionado esse percurso metodológico de abordagem qualitativa através de grupos focais para os usuários, por ser uma técnica que permite obter opiniões que não poderiam ser reveladas em um questionário. Flick (2009), ao comentar sobre grupos focais, cita que as principais vantagens das entrevistas nesse método, referem-se ao seu baixo custo e sua riqueza de dados, pelo fato de estimularem os respondentes e auxiliarem-nos a lembrar de acontecimentos, e à capacidade de ir além dos limites de respostas de um único entrevistado.

Foi empregado um roteiro de entrevista para os profissionais de saúde (vide Apêndice A) e um roteiro para nortear o mediador no desenvolvimento do grupo focal (vide Apêndice B), ambos desenvolvidos especificamente para o presente estudo. As entrevistas foram gravadas e tiveram seu conteúdo transcrito, para melhor exploração dos dados.

Os entrevistadores, tanto para realização das entrevistas semiestruturadas, quanto para o grupo focal dirigidas aos usuários, foram colaboradores selecionados e capacitados pela pesquisadora responsável pelo estudo. O processo de capacitação se deu em três etapas. Primeiramente, foi disponibilizado material teórico para que os colaboradores ficassem familiarizados com os instrumentos de coleta de dados e com o referencial teórico da pesquisa. Em um segundo momento, foram realizadas reuniões onde os colaboradores entrevistaram uns aos outros,

como forma de realizar a calibração e treinamento dos mesmos, antes da realização da entrevista propriamente dita com a população a ser estudada.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Após a realização das entrevistas com os profissionais de saúde e os grupos focais com os usuários do serviço, foram realizadas as transcrições das falas dos participantes. A seguir, iniciou-se a análise de conteúdo. Para tal, foi realizada a leitura flutuante dos textos, para permitir uma familiarização do pesquisador com os dados obtidos (BARDIN, 2009).

Para a definição dos temas, foi empregado o procedimento de caixas, definido por Bardin (2009) como um sistema em que as categorias são pré-definidas, baseadas em hipóteses teóricas. Neste estudo, as categorias temáticas foram definidas a partir de especificidades que melhor caracterizassem a Estratégia Saúde da Família (ESF), conforme mencionado anteriormente. Assim, esses dados foram agrupados de acordo com os temas e categorias pré-estabelecidas: equipe multiprofissional de saúde, integralidade do cuidado e acolhimento, a partir das percepções de profissionais de saúde e usuários do serviço, conforme esquematizado na Figura 1 (a seguir).

A partir das análises, emergiram subcategorias, onde as unidades de registro da fala de cada participante foram inseridas. As unidades de registro de cada subcategoria, para profissionais de saúde e para usuários do serviço foram incluídas na íntegra nos resultados da pesquisa (vide Apêndices C e D).

Ao final, realizou-se para cada tema abordado, uma comparação a fim de identificar as convergências e divergências que ocorreram da percepção dos usuários e equipe multiprofissional.

Os participantes do estudo tiveram seus anonimatos preservados. Assim, os profissionais de saúde receberam as seguintes nomenclaturas: PS1, PS2, PS3, ... e assim sucessivamente; e os usuários do serviço, similarmente: US1, US2, US3 etc.

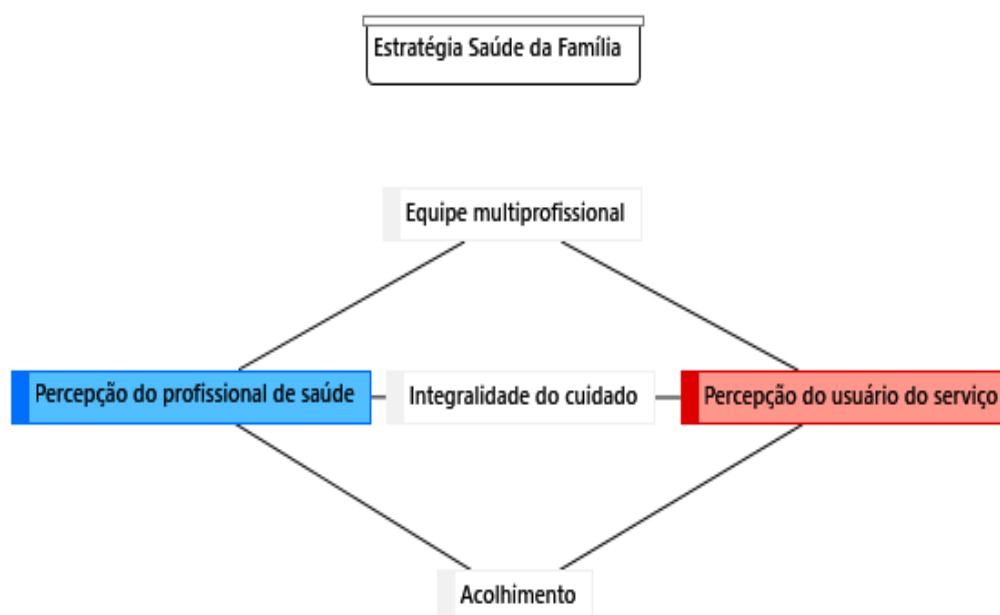


Figura 1: Categorias objetos de análise: equipe multiprofissional de saúde, integralidade do cuidado e acolhimento na percepção dos profissionais de saúde e usuários do serviço.

Fonte: Elaboração própria, com auxílio do *software* Atlas Ti (2018).

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os seguintes critérios de inclusão foram estabelecidos: o usuário a ser convidado para participar da pesquisa precisava ter sua família cadastrada na Unidade de Saúde há no mínimo um ano; o usuário deveria ter procurado o serviço de saúde desta Unidade ao menos uma vez; pertencer a uma família que possuísse em sua composição no mínimo uma criança, um adulto jovem, um adulto e um idoso, para ampliar a possibilidade de representação dos participantes em diferentes necessidades de saúde. Foram selecionados por amostra intencional, o mesmo número de participantes das quadras que são atendidas por esta UBS. O critério de exclusão foi ser menor de 18 anos.

Todos os profissionais de saúde da equipe da referida Unidade de Saúde foram convidados a participar da pesquisa. O critério de exclusão para os profissionais de saúde foi fazer parte da equipe multidisciplinar de saúde há menos de um ano.

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Essa pesquisa teve aprovação, primeiramente, do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS/UnB) – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 81227017.8.0000.0030 (vide Anexo 1), e posteriormente, aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CEP/FEPECS/SESDF) – CAAE 81227017.8.3001.5553 (vide Anexo 2).

O participante recebeu todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe foi assegurado que seu nome não apareceria, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo.

A participação no estudo se deu por meio de entrevista e grupo focal. As mesmas foram gravadas, para posterior transcrição e análise. Caso o participante considerasse que alguma das questões lhe ocasionasse algum constrangimento, de alguma natureza, teria o direito de recusar-se a responder tais questões. No caso do grupo focal, o participante poderia não se manifestar, caso não se sentisse confortável para emitir suas opiniões. Caso quisesse desistir de sua participação, mesmo após o aceite do termo de consentimento, seus direitos seriam preservados.

Foi fornecido ao participante o nome do pesquisador responsável, da entidade participante da pesquisa e da entidade colaboradora com telefones e *e-mails* das mesmas. Todas essas informações estavam contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) escrito para os profissionais de saúde (vide Apêndice E) e para os usuários do serviço (vide Apêndice F), os quais foram entregues aos participantes, antes da realização das entrevistas e dos grupos focais. Para minimizar os possíveis riscos, todo participante foi esclarecido de que poderia solicitar, a qualquer momento, sua saída do estudo. Ainda, foi reforçado que todo o sigilo e anonimato seriam garantidos aos participantes e o esclarecimento de tais garantias foram formalizadas por meio do TCLE, assim como a autorização para a gravação das entrevistas, por meio do Termo de Autorização para Utilização de Som de Voz (vide Apêndice G).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão dos mesmos estão apresentados a seguir, a partir das categorias pré-determinadas e das subcategorias que emergiram das análises de conteúdo, para os profissionais de saúde e para os usuários. As Figuras 2, 3, 4, 5, 6 e 7, a seguir, representam as categorias e subcategorias. Os resultados das unidades de registro de cada subcategoria, para profissionais de saúde e para usuários do serviço, estão apresentados na íntegra, respectivamente, nos Apêndices C e D.

5.1 CATEGORIA: EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

5.1.1 Percepção dos profissionais de saúde

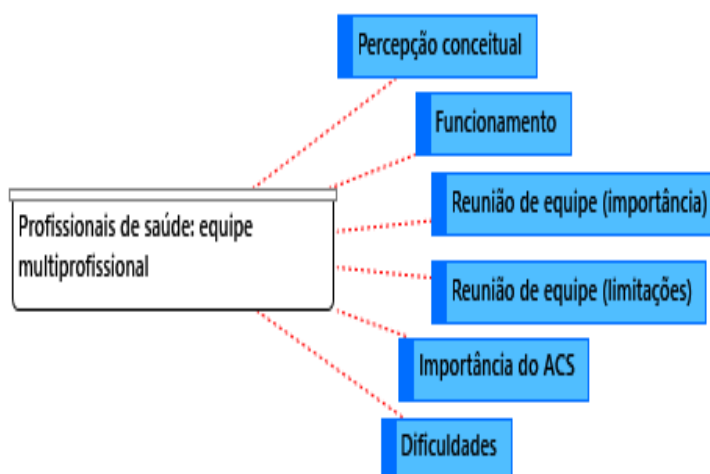


Figura 2: Percepção dos profissionais de saúde. Categoria: Equipe multiprofissional de saúde. Subcategorias: percepção conceitual, funcionamento, reunião de equipe (importância e limitações), importância do Agente Comunitário de Saúde e dificuldades.

Fonte: Elaboração própria, com auxílio do *software* Atlas Ti (2018).

A partir da **perspectiva conceitual** de trabalho em equipe, os profissionais de saúde entendem que realizam um trabalho colaborativo, onde os mesmos interagem, cada qual desenvolvendo seu trabalho, porém de forma conjunta, para

tentar chegar ao melhor atendimento ao paciente. Os mesmos definiram trabalho em equipe como sendo um trabalho colaborativo, em consonância com os conceitos descritos por Peduzzi *et al.* (2013), Matuda *et al.* (2015) e Escalda, Parreira e Cyrino (2017). Segundo Matuda *et al.* (2015), quando ocorre o trabalho colaborativo, este envolve um constante processo de comunicação e de tomada de decisões, que permite que os conhecimentos e habilidades de diferentes profissionais atuem de forma sinérgica com o usuário e a comunidade. A fala dos profissionais de saúde da equipe multiprofissional evidencia que os conhecimentos de cada profissional são respeitados, e que esses conhecimentos são partilhados com os outros profissionais da equipe.

[...] trabalho em equipe é uma cooperação entre os membros do serviço [...] quando um não é especialista naquela área, ele automaticamente pode utilizar do conhecimento do colega. Isso é trabalhar em conjunto (PS5).

[...] envolve união. Trabalhar da melhor forma, é trabalhar em conjunto (PS7).

[...] um ajudando o outro. Então todos os casos têm que ser discutidos para tentar chegar na melhor solução possível [...] todo mundo está a par do que está acontecendo, é uma equipe bem unida(PS8).

A literatura demonstra que existem diferenças no que tange aos conceitos de equipe multiprofissional de saúde. Peduzzi *et al.* (2016) conceituam o trabalho em equipe como aquele consistido pela integração das especialidades e das múltiplas profissões, e que esse trabalho é essencial para o desenvolvimento da assistência de modo que o paciente tenha seu cuidado de uma forma integral. Segundo a autora, a prática colaborativa pressupõe que os profissionais busquem trabalhar juntos em prol da qualidade de atenção às necessidades dos usuários.

No presente estudo, os profissionais descreveram seu trabalho como sendo interdisciplinar e colaborativo:

[...] o trabalho em equipe é um trabalho interdisciplinar, ele envolve troca de saberes, respeito ao saber do outro, envolve um projeto terapêutico singular ou um projeto terapêutico em comum, significa todos reunirem-se e discutirem determinado assunto [...] eu acho que nós temos conseguido fazer um trabalho interdisciplinar, um trabalho em equipe mesmo [...] nós temos muita consideração com o colega (PS3).

De acordo com Oliveira e Spiri (2006), os membros das equipes por conhecerem a problemática, articulam suas práticas e saberes no enfrentamento de cada situação identificada para propor soluções conjuntamente e intervir de maneira adequada. Em consonância com os autores, no que diz respeito ao **funcionamento da equipe**, observa-se através das falas dos profissionais, que ocorre comunicação entre eles e através dessa comunicação, os saberes são trocados, a fim de oferecer um melhor atendimento aos usuários, com propostas previamente debatidas em conjunto:

[...] a gente tem um vínculo comunicativo muito bom (PS5).

[...] a dinâmica do trabalho na minha equipe funciona bem. Tanto a técnica, a enfermeira, a médica, as ACS, dentista, auxiliar, a gente tem um entrosamento bom. Nós nos ajudamos, nos entendemos, e fazemos fluir o serviço. Então, assim, na minha equipe, há um trabalho em equipe (PS9).

O profissional de saúde, ao desenvolver seu trabalho, procura aqueles com quem possa compartilhar os seus valores e as suas escolhas, alguém de confiança, para atender a certas necessidades de saúde, buscando a eficiência das atribuições da Estratégia Saúde da Família (ESF). Dessa forma, a cooperação no ambiente coletivo da ESF ofertará elementos para a construção da identidade singular do profissional (MILANEZ *et al.*, 2018).

Para que haja um trabalho interdisciplinar em saúde, se faz necessário uma relação de confiança, na qual os membros da equipe são capazes de encaminhar os pacientes para os outros colegas, após uma avaliação em conjunto da demanda do usuário, com a segurança de um tratamento integral e de qualidade àquele paciente. Segundo a fala dos profissionais de saúde da equipe multiprofissional, existe confiança e colaboração no trabalho diário, o que corrobora com o que os autores Milanez *et al.* (2018) consideram como condição essencial para um trabalho interdisciplinar em saúde.

[...] eu tenho total confiança na equipe. Isso foi uma coisa que foi construída ao longo dos anos. A interação com a enfermeira é a melhor possível, então tem pacientes que eu passo inclusive para ela, pacientes que precisam de visita domiciliar, curativos mais complexos [...] então, assim, flui muito, muito fácil aqui dentro (PS1).

Cruz *et al.* (2008) entendem que a organização do trabalho em equipe é uma das bases fundamentais de sustentação da proposta de Programa Saúde da Família (PSF) e, portanto, reunir-se é ação estratégica: propicia o pensamento e a tomada de decisões, em conjunto, e de estratégias de intervenção que devem ser elaboradas conforme os recursos disponíveis. Segundo os resultados encontrados por esses autores em seu estudo, é consenso entre as Equipes de Saúde da Família (EqSFs), que o objetivo das reuniões de equipe é discutir, elaborar e decidir estratégias para concretizar as ações entendidas como necessárias para garantir ou restaurar a saúde do território. No presente estudo, todos os profissionais da equipe ressaltaram a importância da ocorrência de reuniões de equipe, bem como os assuntos que são tratados nessas reuniões, evidenciando que é uma condição essencial para que a ESF continue acontecendo nesta Unidade Básica de Saúde (UBS):

[...] na parte de divergências, a gente consegue, nas reuniões de equipe, conversar e mesmo que demore, chegar em um denominador comum [...] para a equipe, a gente usa muito esse horário para atividades que são pensadas e construídas, para que ocorram de forma colaborativa e conjunta [...] rotinas de trabalho, marcação, resgate de exames [...] é o único momento que a gente tem para parar e conversar (PS1).

[...] na reunião de equipe, quando tem um caso, alguma situação de um paciente que nos demanda mais atenção, mais cuidado, geralmente esses casos são discutidos [...] são discutidos processos de trabalho, casos específicos, questões administrativas de modo geral. Tudo (PS3).

A equipe relatou que está passando por dificuldades, para conseguir manter a **reunião de equipe**. A mesma era realizada em um período de quatro horas, e agora realizada em um período de duas horas:

[...] é semanal, sagrada. Antigamente, era a tarde toda; agora, cortaram metade do nosso tempo. Então, agora é de 13:00 às 15:00h e a gente preserva esse horário, porque é o horário que temos para sentar e conversar (PS1).

[...] a equipe só tem uma vez por semana, duas horas de reunião. Então, é pouquíssimo tempo (PS2).

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é peça fundamental na ESF. Com a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) – Portaria MS²/GM³ n. 2.436, de 21 de setembro de 2017 –, normatizou-se a possibilidade de constituição de equipes com apenas um agente comunitário de saúde. Somando-se a essa norma, apenas em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, existirá a obrigatoriedade de 100% de cobertura por esse profissional de saúde.

A **importância da presença dos ACSs** nas equipes de ESF é descrita por Oliveira e Spiri (2006), que defendem que os agentes comunitários de saúde, muitas vezes não são valorizados, e que constituem elementos fundamentais de ligação entre a comunidade e a equipe levando os problemas levantados para serem discutidos em equipe. E completam, enfatizando que, além disso, eles são essenciais na comunicação entre a equipe e a família, pois trabalham diretamente com a população acompanhando-a e criando subsídios para obtenção de informações que serão transmitidos à equipe.

Isso expõe um grande desafio, pois no estudo ficou ressaltada a relevância e o papel do ACS na equipe nas falas dos profissionais de saúde, indo ao encontro do que foi defendido por Oliveira e Spiri (2006).

[...] eu dependo muito inclusive das ACS, aliás, toda equipe depende. Eu acho que a alma do PSF é a ACS [...] para receber notícias do paciente que foi encaminhado, uma das grandes vantagens de ter o agente comunitário, a gente já bota o endereço e ele vai no dia seguinte na casa do paciente, ou às vezes, até no mesmo dia (PS1).

[...] infelizmente mudou para pior, abriu-se a ESF com apenas um ACS [...] é humanamente impossível um ACS visitar 4 mil pacientes. Ou seja, pra mim não é estratégia da saúde da família, e isso é posto de saúde igual era antes [...] Não dá pra fazer busca ativa, não dá pra eu acompanhar os hipertensos, os diabéticos [...] a gente descobria muitos tuberculosos nas buscas ativas. Sem ACS, infelizmente, o técnico até vai nas casas, mas ele não vai dar conta, ele tem que trabalhar aqui interno... (PS2).

[...] a partir do momento que permite manter equipe de saúde da família com uma ACS, tem desmembrado as equipes já existentes para formar novas equipes [...] permite a precarização da atenção básica para aumentar a cobertura em números de equipe (PS3).

[...] se tem algum exame que a médica pediu, nós pegamos e voltamos para a unidade, e aí pedimos para marcar a consulta para o paciente [...] (PS8).

² Ministério da Saúde.

³ Gabinete do Ministro.

A presença da Odontologia na composição das EqSFs é facultativa, ou seja, equipes podem ser compostas com ou sem a Saúde Bucal (SB), isso faz com que a odontologia chegue, muitas vezes, tardiamente às equipes e tenha que ser inserida à uma equipe que já funciona há um bom tempo. Esse fator pode acarretar um distanciamento entre os membros da equipe e a dificuldade da inserção desta nova equipe, haja vista que os outros profissionais já conhecem os usuários da área adscrita antes da chegada da SB e já possuem uma dinâmica de trabalho pré-estabelecida.

Composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.

Cada equipe de Saúde de Família que for implantada com os profissionais de saúde bucal ou quando se introduzir pela primeira vez os profissionais de saúde bucal numa equipe já implantada, modalidade I ou II, o gestor receberá do Ministério da Saúde os equipamentos odontológicos, através de doação direta ou o repasse de recursos necessários para adquiri-los (equipo odontológico completo) (BRASIL, 2017, n. p.).

Em 1997, o auxiliar de Enfermagem e quatro a seis ACSs foram incorporados à equipe composta pelo médico e enfermeiro. Neste momento inicial, a SB não teve seus profissionais incluídos na equipe mínima, apesar de existir, àquela época um movimento nacional em prol da inclusão da equipe de Odontologia no PSF (MARTINS *et al.*, 2014).

O cirurgião-dentista foi inserido nessa proposta somente no ano 2000, com a criação das Equipes de Saúde Bucal (ESBs) para mudar os serviços odontológicos prestados (LIMA; WATANABE; PALHA, 2006).

Segundo Lourenço *et al.* (2009), o fato de a Odontologia não estar presente desde o início possivelmente acarretou prejuízos no processo de integralização dos profissionais e pode ter determinado formas variadas no processo de implantação das ESBs. Em relação ao processo de trabalho, os autores ponderam que quando foi colocado ao setor de SB a proposta de sua inserção em uma equipe

multiprofissional, além de introduzir o "novo", afrontou valores, lugares e poderes consolidados pelas práticas dos modelos que o antecederam. Esta situação trouxe o desafio de se trabalhar em equipe. Embora constituindo a equipe de trabalho de uma UBS, os profissionais da ESB nem sempre estão preparados e com disposição para agir de forma integrada. Saber lidar com esses encontros é um enorme desafio, pois além do potencial de integração, é também um lugar de conflitos, de resistências e de disputas.

O distanciamento do setor da Odontologia em relação aos outros membros da equipe talvez possa ser explicado por fatores como a inserção tardia das ESBs no PSF, pela formação excessivamente individualista e tecnicista dos profissionais de SB que dificultam a abordagem do indivíduo como um todo e pela demanda excessiva que toma grande parte do tempo das ESBs, impedindo-a de interagir com os demais profissionais. A troca de saberes e o respeito mútuo às diferentes percepções devem acontecer permanentemente entre todos os profissionais de saúde para possibilitar que aspectos da SB também sejam devidamente apropriados e se tornem objetos das suas práticas. A ESB deve ser e se sentir parte da equipe multiprofissional em unidades de saúde de qualquer nível de atenção (LOURENÇO *et al.*, 2009).

Em consonância com esses autores, a percepção dos participantes desse estudo assim reforça os reflexos dessa organização da Odontologia na equipe ESF:

[...] O que nós percebemos é que a odontologia ainda está um pouco isolada [...] a odontologia chegou também depois, não é? (PS3).

[...] olha, na minha unidade particularmente, eu acho que a odonto, ela fica um pouco mais distanciada. Não sei o motivo, não sei lhe precisar, mas eu sinto isso (PS5).

Em um estudo realizado por Oliveira Júnior *et al.* (2013), que objetivou traçar o perfil das EqSFs, foi relatado que a estrutura das unidades (que compreende não só o espaço físico em que ela se encontra, mas também equipamentos, materiais e medicamentos disponíveis) foi o principal problema para a execução dos serviços nas unidades, seguido da escassez de profissionais. Esses autores defendem que o modelo de assistência que se propõe a ESF prioriza uma assistência integral ao indivíduo. Dessa forma, é de extrema importância condições mínimas necessárias para a execução das práticas que ultrapassem o modelo biomédico. No entanto, a

escassez de profissionais, aliada a falta de equipamentos, materiais e medicamentos, acaba inviabilizando as práticas de trabalho, tornando o sistema de saúde vigente no País defasado, sobrecarregando os macrocomponentes dos níveis de média e alta complexidade em saúde.

Em acordo com esses autores, assim foram relatadas também dificuldades devido à **falta de material e de insumos e de recursos humanos**, para que seja oferecido um atendimento de qualidade aos pacientes:

[...] o desafio é falta de material [...] a chefia não sabe a realidade e, às vezes não sabe o que está acontecendo e faz você mudar tudo [...] antes tínhamos um cronograma, tínhamos visita. Quem mais perde é a população (PS8).

[...] eu acho que deveria ter mais profissionais, um técnico administrativo para liberar mais as técnicas de enfermagem... (PS6).

Além disso, ocorre insatisfação também no que diz respeito ao fato da gestão não conhecer a realidade da equipe e da imposição de normas e diretrizes que devem ser seguidas pelos membros das EqSFs:

[...] a gestão não conhece a realidade da equipe, não conhece a ponta, quem trabalha. Tem coisas que são impossíveis, nós temos que ficar nos desdobrando, dando jeitinho. Então, pra mim hoje, a maior dificuldade é essa. Eu acho que antes de se criar qualquer portaria, qualquer protocolo, eu acho que tem que primeiro ver a questão de como é que funciona a equipe, de como é que é a realidade da unidade (PS9).

[...] tem coisas que foram impostas para nós de cima pra baixo, pelo nível gestor. Então tem coisas que não temos nem liberdade de discutir e que nós temos que repassar para frente do mesmo jeito que nós recebemos. Infelizmente, tem coisas que são assim (PS3).

Em relação ao trabalho da gestão, segundo Galavote *et al.* (2016), o maior desafio na ativação da potência para a ação do trabalhador consiste na inovação por meio de novos modos de produzir a gestão do trabalho, com base na cogestão com espaços dialógicos de tomada de decisão que tenham a potência de disparar novas formas de vida no gestor e no trabalhador, através da democratização da tomada de decisão. O profissional deixa de ser concebido como um mero recurso humano, para ser pensado como um trabalhador operante, que é gestor do seu próprio trabalho, e

que governa e disputa a condução das ações e projetos com as ferramentas que dispõem.

5.1.2 Percepção dos usuários do serviço

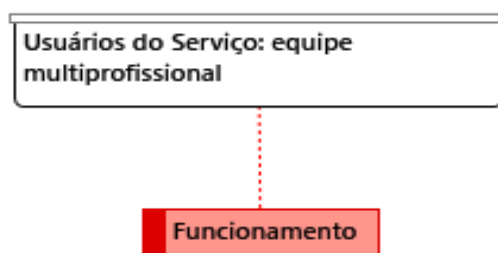


Figura 3: Percepção dos usuários do serviço. Categoria: Equipe multiprofissional. Subcategoria: funcionamento.

Fonte: Elaboração própria, com auxílio do *software* Atlas Ti (2018).

Os usuários demonstraram satisfação ao exporem em seus relatos, trechos elogiosos no que diz respeito ao **funcionamento da equipe multiprofissional** de saúde. Em um estudo realizado por Trad *et al.* (2002), os profissionais da equipe multidisciplinar de SF, relataram que a comunidade valoriza as ações diferenciadas realizadas pelas equipes do PSF, principalmente, os atendimentos domiciliares e os grupos educativos. No estudo desses autores, constatou-se um elevado grau de satisfação de usuários do PSF nas áreas estudadas, havendo clara associação dessa satisfação com os seguintes itens: maior acesso aos cuidados médicos, melhoria do nível de informação sobre o processo saúde-doença e a existência da visita domiciliar como elemento chave da prevenção e do acompanhamento. As falas dos usuários participantes do grupo focal evidencia essa satisfação:

[...] eu concordo, porque o atendimento lá, eu acho muito bom, muito bom mesmo [...] as pessoas são educadas e até simpáticas. Eu percebo que ali, eles fazem com amor [...] porque eles fazem, o que eles podem, eles fazem [...] (US3).

[...] a minha opinião, eu acho que eles se comunicam, porque eles são bem prestativos. No que você chega lá, você é bem atendido. Aí, na minha opinião, eu acho que eles se comunicam (US1).
[...] é. Eu também percebo essa parceria deles (US3).

[...] como foi dito anteriormente aí, sobre a doutora, sobre a enfermeira, sobre as auxiliares, não tenho nada a reclamar, pelo contrário, tenho que parabenizá-las pelo esforço delas de atenderem todos a contento (US5).

[...] muito boa a doutora, a enfermeira [...] e eles funcionam direitinho, e eles se comunicam direito também (US12).

5.1.3 Convergências e divergências

Tanto os profissionais, quanto os usuários do serviço, convergem no ponto de vista que o atendimento da equipe está ocorrendo de forma interdisciplinar e de maneira satisfatória. Porém, existem relatos de insatisfação de usuários do serviço no que diz respeito à integralidade do cuidado. Os mesmos serão apresentados a seguir.

5.2 CATEGORIA: INTEGRALIDADE DO CUIDADO

5.2.1 Percepção dos profissionais de saúde



Figura 4: Percepção dos profissionais de saúde. Categoria: Integralidade do cuidado. Subcategorias: funcionamento, visitas domiciliares (importância e dificuldades), referência/contra referência, limitações, estrutura física e mudanças.

Fonte: Elaboração própria, com auxílio do *software* Atlas Ti (2018).

O cuidado da Unidade de Saúde do presente estudo está dividido em orientação, diagnóstico e reabilitação. Segundo Corrêa *et al.* (2011), a integralidade do cuidado pressupõe um conjunto de ações contínuas e de serviços, que visam garantir promoção, proteção, cura, reabilitação dos usuários, e de ações intersetoriais de promoção da saúde. Para isso, requer que a equipe reconheça a variedade de necessidades do paciente e disponibilize recursos para atendê-las, quando necessário e em todos os momentos do ciclo de vida do usuário. Nesses termos, no que tange ao **funcionamento**, os profissionais de saúde assim entendem que realizam todas as etapas do tratamento para prover a integralidade do cuidado ao usuário do serviço:

[...] as crianças até seis anos que passam pelo CD com a médica, vão direto receber orientação da odontologia, essa parte é importantíssima [...] o trabalho em si consiste em acolhimento, consultas, visita domiciliar e grupos (PS1).

[...] nós atuamos na atenção primária que é na orientação; secundária que é o diagnóstico precoce; terciária que é a reabilitação [...] acompanhamento de doenças crônicas mais comuns como hipertensão e diabetes. Avaliação da saúde bucal e acompanhamento da saúde bucal das crianças, que a odonto tem feito muito bem. Enfim, eu acho que o básico dentro da proposta da atenção básica da saúde, da estratégia saúde da família, nós temos oferecido (PS3).

No que diz respeito às **visitas domiciliares**, Oliveira e Spiri (2006) elucidam que as visitas domiciliares promovem um vínculo maior entre a população e a equipe de saúde, facilitando inclusive, a adesão desta população ao serviço de saúde. Ainda, segundo essas autoras, quando a população é visitada em seu domicílio, a mesma sente-se melhor cuidada, pois favorece a equipe para intervir com uma visão mais ampliada, estimulando a autonomia e participação no tratamento por parte dos usuários, numa relação de respeito e valorização das particularidades, inclusive co-responsabilizando esta população pelo seu próprio bem-estar. Em consonância com essas autoras, os profissionais de saúde entrevistados ressaltaram a importância da ocorrência das visitas domiciliares, pois entendem que a ESF conseguirá garantir a integralidade do cuidado aos usuários, se essas visitas ocorrerem regularmente:

[...] é nessas visitas que a gente descobre as coisas. Nessas visitas você consegue descobrir quem é diabético, quem é hipertenso, quem tem tuberculose (PS2).

[...] nas visitas domiciliares, nós vemos o paciente como um todo, vemos a receita desse paciente, para ver se está vencendo, se está tomando a medicação corretamente, se ele faltou à consulta e por que faltou. Se é criança, porque está com a vacina atrasada. Nós trazemos para a equipe o que vimos nas visitas e tentamos resolver da melhor maneira possível (PS7).

[...] a visita domiciliar é ótima, porque aí pega muita gente, descobre muita coisa que você nem imagina (PS8).

Porém, esses mesmos profissionais de saúde relatam que ocorrem **dificuldades na realização das visitas domiciliares**, algumas de cunho gerencial (aumento da demanda de pacientes, cadastramento das famílias no sistema informatizado do E-SUS – Estratégia do Departamento de Atenção Básica) e na esfera de problemas sociais, como falta de segurança em andar nos arredores do território adscrito da Unidade de Saúde:

[...] antes nós fazíamos mais visitas, agora a demanda está muito grande. Então, no momento que tem cadastro novo, é impossível. Falta de segurança é outro problema, vários ACS foram assaltados a mão armada. Então, tem épocas que a violência está muito forte, a gente para esse serviço. A gente sente que quando tínhamos 6 ACS e não tinha uma demanda tão grande como é agora, nós fazíamos muito mais visitas [...] (PS1).

[...] a gente tem dificuldade em fazer visita domiciliar, nessa região tem um índice muito grande de violência (PS2).

[...] nós não estamos tendo mais tempo para fazer as visitas e os ACS estão por conta de fazer o cadastramento dos pacientes no e-SUS [...] nós diminuimos muito as visitas aqui porque temos medo de andar nas ruas mesmo. Nível de violência grande. A ACS foi assaltada visitando uma casa ao lado da unidade de saúde (PS3).

[...] hoje as visitas domiciliares são casos mais pontuais mesmo. Nós não fazemos mais visitas de rotina, porque não temos mais tempo pra isso (PS9).

Arantes, Shimizu e Merchán-Hamann (2016), por exemplo, relatam que, com vistas à organização do **fluxo de referência e contra-referência**, ocorre insuficiência de serviços especializados de referência para atender a demanda dos usuários, formando assim, longas filas de espera. Para esses autores, essa situação parece estar ligada ao fato de ter acontecido uma expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) por meio da ESF, sem o concomitantemente desenvolvimento da

atenção especializada, de maneira a responder às novas exigências de saúde da população. Nesse contexto, a equipe relata que os pacientes são encaminhados; hoje através da regulação, quando é caso de especialidades e encaminhados diretamente para as unidades de pronto-atendimento, quando o caso é de emergência. Porém, os resultados obtidos no presente estudo, demonstraram que a contra-referência não ocorre nesta Unidade de Saúde. Para que o profissional obtenha informações acerca de uma consulta encaminhada, o próprio usuário deve voltar ao serviço para fazer esse relato:

[...] se o paciente precisa de um especialista, ele é colocado aqui mesmo na regulação que é uma fila de espera no computador. Quando surgir uma vaga para essa especialidade, a própria Secretaria de Saúde vai entrar em contato com esse paciente, informando data, horário e dia da consulta (PS2).

[...] na verdade, nós não temos a contra-referência. A gente pede para o paciente dar um retorno pra gente [...] (PS2).

[...] depende da necessidade do paciente, se é um caso de emergência, nós encaminhamos para o PS, se for emergência, às vezes chamamos o SAMU também. Às vezes, nós marcamos consulta com o especialista (PS3).

[...] dificilmente temos a contra-referência, só quando a gente vai nas casas e faz a visita, aí geralmente as pessoas relatam. Ou então, se a pessoa voltar aqui no posto [...] (PS4).

Para realizar um cuidado integral ao paciente, os profissionais de saúde relatam que passam por certas **limitações**, como falta de insumos, parte da carga horária destinada para trabalhos administrativos, procedimentos que não eram realizados na unidade e que agora são realizados, atendimentos à pacientes com classificações laranja e vermelha, aumento de demanda espontânea, ou seja, sobrecarga de trabalho:

[...] eu queria dar mais assistência ao paciente, mas infelizmente a maior parte do meu tempo, o meu trabalho é como administrativo. Que é aquele trabalho que o paciente vem e eu marco a consulta dele [...] é atendimento ao público. Não é exatamente o que eu gostaria de fazer (PS2).

[...] se a gente quiser montar um grupo de idoso, a gente não tem material para montar esse grupo. Se quiser montar um grupo para as crianças, não temos material para montar [...] (PS4).

[...] você agora vai ter que fazer vacina na unidade, vai ter que cadastrar o paciente, vai ter que encaminhar paciente, ou seja, você tem que tirar um tempinho, e o que sobra para fazer a promoção? (PS8).

[...] então foi uma estratégia que vimos e que de acordo com as portarias que saíram, metade da agenda é espontânea, metade da agenda é aberta. E nós conseguimos fazer isso, porque agora temos que atender as emergências, então foi uma estratégia que conseguimos fazer, diminuir a agenda eletiva para aumentar a agenda espontânea (PS9).

Essa **sobrecarga de trabalho** nas EqSFs, e suas implicações, são descritas por outros autores e encontram-se relatadas na literatura científica. Milanez *et al.* (2018) elucidam que a quantidade excessiva de trabalho está embasada na burocracia que impera no cotidiano da ESF e que essa burocracia é imposta de maneira inflexível e consiste, essencialmente na priorização de regras e normas, desconsiderando o profissional e seu trabalho. Oliveira e Albuquerque (2008) descrevem que, em seu estudo, os profissionais de saúde percebem que há uma grande exigência dos gestores do PSF por números de atendimentos, o que se traduz em desgaste e desumanização devido às precárias condições de trabalho enfrentadas por esses membros das equipes de saúde.

Outra limitação relatada pelos profissionais de saúde é a **dificuldade em convencer o usuário da importância da educação em saúde**, através de orientações, pois o usuário tem dificuldade em entender o que realmente é o PSF. No entender do profissional, os pacientes têm anseio pelo imediatismo das consultas ambulatoriais:

[...] dinâmica em grupos é difícil conseguir fazer. E eles também não participam. Eles... se falar que é palestra, eles não vêm (PS6).

[...] tentar trazer os pacientes, nós até tentamos, mas a comunidade não gosta muito de estar vindo até aqui. Se dissermos que vai ter uma palestra disso, ah, eles não vêm [...] é uma dificuldade imensa. Nós já tentamos fazer grupo com adolescente, mas não vem. Só se oferecermos alguma coisa, ainda conseguimos captar, mas se falarmos que é para conhecimento, uma palestra, eles não vêm não... (PS8).

[...] é porque a demanda grande deles é a consulta, não é? [...] as pessoas queriam logo a consulta. Então não valorizavam esse momento de conversa. Então, esse grupo é o único que a gente

conseguiu manter, o grupo das gestantes. Eu acho que se a população participasse mais, se eles pudessem falar, eles iam falar “não quero grupo mais”. E a gente impõe grupos. Então, eu acho que a comunidade não participa muito, não. A gente faz e impõe grupos com palestras de prevenção e cuidado, porque achamos importante e necessário... (PS1).

Esta dificuldade em compreender a proposta do PSF é descrita por Oliveira e Albuquerque (2008). Segundo esses autores, ocorre a requisição por parte da população pelo atendimento curativo, e a não valorização do trabalho educativo, pois este retira os profissionais da Unidade de Saúde e minimiza o tempo destinado ao atendimento clínico.

Como condição básica para que os profissionais consigam oferecer aos usuários um serviço a contento, está a oferta de uma estrutura física adequada, advinda de um planejamento prévio das entidades gestoras, para o exercício das atividades da ESF. Milanez *et al.* (2018) defendem que a oferta de uma estrutura física de qualidade é condição básica para o exercício do trabalho na ESF. Negligenciar esse aspecto é cooperar para a insatisfação dos profissionais de saúde e desconsiderar a importância do seu trabalho.

Em relação à **estrutura física**, segundo os profissionais houve perda, pois, com a chegada de uma nova equipe, o espaço destinado aos grupos, foi transformado em consultórios:

[...] hoje, onde tinha a automassagem, é sala de espera. Com mudanças recentes, a gente foi perdendo espaço físico. Não tem como fazer grupo ali fora, é impossível. Então, eu acho que nesse sentido de promoção à saúde, eu acho que a gente perdeu. Perdeu. [...] os outros grupos e a automassagem acabaram, porque o nosso espaço físico para fazer grupo, virou, virou dois consultórios (PS1).

[...] a vontade da equipe é muito grande. Inclusive a gente tenta. Mesmo ali fora, a gente tenta fazer alguma coisa. Mas assim, o nosso espaço diminuiu demais, a gente não tem estrutura pra isso [...] infelizmente eu gostaria de fazer mais, a nossa equipe gostaria de fazer mais, mas a gente não consegue... (PS2).

A Portaria n. 77, de 14 de fevereiro de 2017, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SESDF), normatiza algumas **mudanças** em relação ao atendimento, dentre elas o acesso livre ao usuário (que não obrigatoriamente deve residir no território adscrito à unidade), no que diz respeito às situações emergenciais, fazendo com que haja aumento nos atendimentos na modalidade de

encaixes. Sobre isso, os profissionais de saúde relatam o impacto desta mudança, principalmente no planejamento das agendas de consultas ambulatoriais dos profissionais. Houve também, com essa Portaria, a descentralização dos serviços, ou seja, alguns serviços deixaram de ocorrer em Postos de Saúde e começaram a ser realizados em Unidades de SF, como agendamento de consultas para especialidades e vacinação.

[...] às vezes recebo muitos encaixes, solicitação de encaixes para pacientes que seriam classificação amarela, ao meu ver, eles deveriam ser atendidos num pronto socorro. Estamos muito sobrecarregados [...] a demanda aumentou demais (PS1).

[...] a cobertura aumentou, mas ninguém fala de qualidade [...] vários profissionais que eu conheço se submeteram ao Converte de uma maneira muito verticalizada, abandonaram suas especialidades (PS1).

[...] a dificuldade é porque aumentou muito o serviço. Muita coisa que não era feita aqui, agora tem que ser feita aqui. Inclusive assim, vacinas, por exemplo, antes não, mas agora vai ter que fazer aqui (PS4).

[...] ele descentralizou em muitas coisas, tipo, marcação de consultas especializadas. Existia um setor especificamente pra isso. Como foi descentralizado, esse serviço agora nos cabe também (PS5).

[...] botando várias equipes, montando de qualquer jeito. Eu não concordo com a forma como eles estão fazendo... (PS6).

[...] hoje em dia não é como antes, o programa. Só tem nome, porque na prática mesmo, eu achei que mudou muita coisa. Era mais voltado para prevenção, promoção, eram muitos eventos e hoje não tem mais. Infelizmente... [...] tentamos nos adaptar com o novo que está aí (PS8).

5.2.2 Percepção dos usuários do serviço

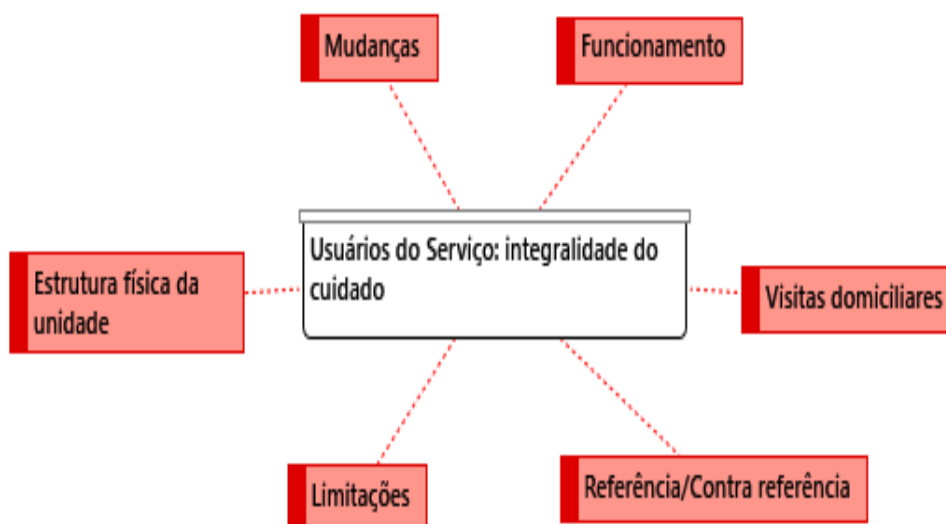


Figura 5: Percepção dos usuários do serviço. Categoria: Integralidade do cuidado. Subcategorias: funcionamento, visitas domiciliares, referência/contra-referência, limitações, estrutura física da unidade e mudanças.

Fonte: Elaboração própria, com auxílio do *software* Atlas Ti (2018).

No que tange à integralidade do cuidado, os usuários relatam que são bem atendidos pela equipe no que diz respeito ao **funcionamento** da Unidade de Saúde:

[...] tipo assim, quando uma das minhas crianças adoecem, eu falo “eu posso ir aqui na médica”. Porque se eu precisar ir lá no hospital, eles não vão ser atendidos. E se eu for aqui na médica, ela vai atendê-los. Se eu precisar de alguma mais simples com relação aos dentes, eu tenho a doutora (US3).

Pela manhã, 8:00h funciona, tira o sangue do dedo e mede pressão e faz consulta, marca, consulta também para mais tarde. E funciona bem (US12).

A consulta da médica é mais demorada, a consulta dela, que ela pergunta, ela examina, ela faz, examina a gente muito... (US 7).

[...] a médica é maravilhosa, nos trata super bem, vê tudo direitinho... A enfermeira também, outra pessoa maravilhosa. Me botou pra fora da sala, que ela ficou sozinha com a minha filha, mas o papo delas foi maravilhoso. Fiquei assim, na volta, curiando um pouquinho e a dentista também maravilhosa. As meninas todas são... Muito bom, todo mundo... (US9).

[...] para mim, melhorou muito a minha vida, porque eu nunca tinha tido assim esse atendimento e quando eu sou atendida lá, dou graças a Deus... (US 8).

Em pesquisas qualitativas, onde se tenta mensurar a satisfação do usuário, ocorrem limitações, pois existem dificuldades metodológicas relacionadas a este tipo de abordagem. Nesta pesquisa, optou-se pela técnica dos grupos focais, para de fato ouvir o que o usuário tem a dizer sobre o serviço. O poder de aproveitamento dos relatos, quando comparado a técnicas que utilizam questionários é maior, porém, abrange apenas um pequeno número de usuários do PSF (SERAPIONE; SILVA, 2011).

Alguns participantes da pesquisa receberam as **visitas domiciliares** dos agentes de saúde, porém, foram relatadas queixas em relação à não visita, como pode ser lido nos trechos das unidades de registro:

Lá em casa, já estive. Olha, a minha sogra mesmo estava passando mal uma vez é só chamou lá, eles atenderam em casa rapidinho... É, eles foram lá (US2).

Lá em casa eles já foram. Sem eu chamar, eles já foram umas três vezes, tanto para atualizar os dados, como para atualizar o endereço [...] E assim, ela foi umas 3-4 vezes atrás de mim “é que a enfermeira quer fazer o seu preventivo... Já foram na minha casa” (US3).

[...] à minha casa eles nunca foram (US2).

[...] lá em casa eles já foram, já foram mais de umas quatro vezes (US1).

[...] infelizmente, a senhora não teve o prazer da visita delas, porque todos nós aqui já tivemos (US5).

[...] eles são excelentes porque até no momento que eu estava conversando com a minha mãe, que ela falou que eu estava acima do peso, a moça escutou e foi na minha casa e falou para eu ir fazer, marcar uma consulta com a doutora. Não precisou ninguém falar para ela o que é que eu tinha. Ela foi lá (US1).

Ela vem ver a nossa pressão, elas preenchem uma ficha para levar para lá [...] elas conversam muito com a gente, pegam as pessoas, as casas, botam lá, faz a fichinha de todo mundo da casa. De todo mundo. Se tiver dez pessoas, elas fazem de todas as dez (US10).

A dificuldade das visitas domiciliares, muitas vezes, é encontrar o usuário em sua residência. O que ocorre é que o horário comercial que é destinado para as visitas, boa parte dos usuários está ausente, em atividade laboral.

[...] mas uma vez, eu estava no postinho, e uma mulher falou assim “nossa, vocês nunca vão lá em casa”. E aí a enfermeira de lá falou assim “menina, a gente já foi tanto na sua casa, tanto. Mas nunca tem ninguém lá. Na hora que a gente vai, nunca tem ninguém lá” (US3).

Para tentar suprir essa demanda de cadastramento, no intuito de encontrar o usuário em sua casa, a equipe de saúde a que esse estudo se refere, por muitas vezes se disponibiliza a realizar o cadastramento dos constituintes da família deste usuário, em horários noturnos e finais de semana. A Portaria n. 77/2017 prevê essa flexibilidade, de acordo com a necessidade de serviço e com a anuência da chefia imediata e dos gestores.

Em relação à **referência**, em um estudo realizado por Trad *et al.* (2002), os usuários entrevistados destacaram como um dos aspectos negativos do PSF, a fragilidade no referenciamento para os níveis secundários e terciários da atenção. No presente estudo, os participantes dos grupos focais relatam que ocorre essa dificuldade, em consonância com o estudo supracitado, porém, relatam que a dificuldade maior está em conseguir exames mais específicos, como ressonâncias magnéticas, exames laboratoriais e biópsias. No entanto, em relação à marcação em consultas para especialidades, os usuários relatam que têm sido contemplados com tais consultas:

[...] a gente liga lá, a gente reclama, mas tem exames aqui de 7 meses que até agora a gente não teve retorno. Aí, eu já não fui mais atrás [...] o problema não é de lá, eles fazem, eles coletam e eles mandam, mas aí quando eles mandam, não volta. Eles ligam, eles cobram, mas não tem retorno (US3).

[...] eu tenho que ir atrás para meu marido, ele tem problema de saúde. Então, tudo eu já fui atrás, se eu falar que alguém já ligou, e marcou e me deu retorno, eu estou mentindo, porque nunca aconteceu (US2).

[...] todos os encaminhamentos que elas dão, elas mesmo marcam. Tem o dia, aí eles jogam no sistema. Nutricionista, para outra consulta também, para ortopedia, todas elas são jogadas no sistema e aí, o povo liga para nós... (US3).

[...] no caso assim, como a moça disse ali, nós somos bem atendidos e bem recebidos. Na medida do possível, do que eles têm para oferecer em atendimento ambulatorial, eles atendem. O que não tem, vai ser passado para encaminhamento, para você marcar no hospital ou ir para outro local (US5).

[...] eu fui encaminhada para fazer tem seis anos atrás, para fazer um exame, aquele... ressonância. Até hoje, se eu não tivesse feito particular, eu nem sabia qual era o problema que eu tinha, até hoje... (US7).

[...] eu, agora eu consegui, porque assim, o meu filho foi encaminhado para o fono, e eu consegui. Até que está bom, porque nós, por enquanto, que nós estamos sendo encaminhados, pelo menos eu, já consegui (US8).

[...] então, depende... Igual, por exemplo, se eu pedi um encaminhamento... nós pedimos um encaminhamento para uma consulta, para isso, para aquilo. As minhas consultas que eu pedi, eu consegui” (US9).

Quer dizer, se eu estiver morrendo, até chegar o resultado da biópsia, pode ser que eu já até tenha morrido... (US10).

Em relação à **contra-referência**, os usuários relatam que os exames e consultas que realizam em outros locais, não são encaminhados aos profissionais de saúde da Unidade Básica, e que são os próprios pacientes que levam as informações aos profissionais:

[...] nós que trazemos a notícia da neurologista para a médica da equipe... [...] é eu que trago, eu que trago os resultados. Tipo assim, para dizer, se eu passo num neuro no Hospital de Base, e ela está aqui, se ela abrir o sistema, ela não vê nada lá. Eu tenho que trazer todos os exames para a médica (US8).

Eles não mandam os exames para cá. Se for esperar, tipo, fazer no Hospital de Base, para eles mandarem para cá, para ela saber se foi feito ou não, não chega, eles não estão nem aí... (US6).

Um **espaço físico** “aconchegante” e uma “infraestrutura adequada”, segundo usuários do serviço, promoveria o bom andamento das ações na Unidade de Saúde, possibilitando assim, que o atendimento fosse definido de qualidade (SERAPIONE; SILVA, 2011). Essa constatação da importância de um espaço físico adequado, bem

como de bons equipamentos e presença de insumos, foi observada na fala dos usuários do serviço, e a falta destas condições, geram limitações no atendimento à população.

[...] falta também uma coisa... tem a boa vontade da doutora, mas, porém, o maquinário, os equipamentos dela em si não contribui para tudo o que ela deseja fazer (US1).

[...] falta equipamento, falta tudo praticamente. Igual remédio, não tem. Até o grupo do hipertenso não está tendo, e do diabetes, que eram duas coisas ao mesmo tempo, mesmo dia [...] só tem medição, teste de glicemia, só para quem toma insulina (US2).

[...] porque o aparelho de medir pressão está quebrado... (US10).

[...] às vezes falta o aparelho de pressão, para tirar pressão. E às vezes também as fitinhas de colher o sangue, quer dizer, o insumo, não é tudo que tem. Para fazer o exame ginecológico, aquele, o papa... Então, a enfermeira, ela tem que tirar do próprio dinheiro... Todos eles, ali, funcionários cooperam para poder não deixar os pacientes sem, porque então é difícil... (US7).

[...] o material, tem muitos que estão quebrados. Mesmo assim, ela atende, tenta fazer (US8).

[...] a moça falou para nós ontem que exatamente precisa melhorar lá nessa área do dentista. Que está faltando muitas coisas, e materiais, e etc. E, precisa melhorar, e precisa que tenha isso que está faltando... [...] ainda estava faltando o aparelhinho para tirar o sangue, só tinha para quem está tomando insulina (US12).

Os usuários relataram que os grupos destinados às atividades de prevenção em saúde acabaram:

[...] o profissional falava de prevenção nos grupos, eu já participei. Não tem mais (US2).

[...] dia de quinta-feira sempre tinha... dia de quinta-feira tinha essas palestras sobre formas de melhorar a qualidade de vida e os cuidados (US7).

No presente estudo, observou-se, através dos relatos dos usuários, que a informatização do sistema acarreta a lentidão do atendimento:

[...] melhorou por um lado e por outro piorou, porque volta e meia nós chegamos lá e aí fui marcar a consulta do nenês, “está sem sistema.

Você tem que vir outra hora.” E quando era manuscrito, não tinha isso” (US3).

No que diz respeito à **estrutura física da unidade**, os usuários se manifestaram dizendo que os grupos para diabéticos e hipertensos não estão ocorrendo mais, por falta de espaço físico:

Os grupos de diabéticos e hipertensos não existem mais, no momento agora, porque eles tiveram que ceder a sala para outras pessoas, que estão vindo de fora. É, para outra equipe. Então, foi cancelado (US5).

[...] veio uma outra equipe, e aí, a sala que era para fazer a reunião conosco foi cedida para essa outra equipe (US2).

[...] acabaram os grupos, até porque agora lá não tem onde fazer mais... (US6).

[...] percebi que cresceu o atendimento. Eles pegaram, não sei quantas pessoas, tinha espaço que era uma sala grande... [...] que tinham os grupos, lá ainda ficou um espaço assim menor, mas eles fizeram mais duas salas, que agora atende outras pessoas, não só da quadra, entendeu? (US9).

[...] é, onde tinha os grupos, agora é pra outra equipe... (US6).

Sobre as **mudanças** na forma do atendimento, advindas da adequação das demandas e agendas com as determinações elencadas na PNAB de 2017 e na Portaria n. 77/2017, os usuários do serviço se manifestaram da seguinte maneira:

[...] o atendimento em si já foi bem melhor [...] como eles agora colocaram outra equipe, ou seja, outros locais para vir atender aqui, então diminuiu um pouco o atendimento prestado para a pessoa em si e que teve que reparticipar para várias pessoas (US1).

5.2.3 Convergências e divergências

Na subcategoria funcionamento, profissionais e usuários convergem na questão de entender que o profissional realiza várias etapas do que é proposto para a ESF (prevenção, diagnóstico e reabilitação) no que é possível de ser realizado, no

que se relaciona a recursos humanos, levando em consideração as limitações e os problemas enfrentados.

Na subcategoria visitas domiciliares, profissionais e usuários convergem que, as mesmas, são muito importantes para manutenção da integralidade do cuidado. Ainda, os profissionais destacam dificuldades de cunho gerencial e social para a realização e um usuário aponta que não foi visitado pela equipe.

Na subcategoria referência, os profissionais e usuários apontam sua ocorrência. Ainda, os usuários ressaltam que consultas com especialidades, alguns têm conseguido. Porém, quando se trata de um exame mais específico, como ressonância, biópsia, ou exames laboratoriais, os mesmos não são realizados, ou não têm os resultados disponíveis em tempo razoável. No que tange à contra-referência, profissionais e usuários convergem que ela não existe na Unidade de Saúde, sendo o usuário responsável por levar as informações ao profissional de saúde da atenção básica.

Na subcategoria limitações, profissionais e usuários convergem que a falta de insumos, equipamentos e recursos humanos impossibilitam um atendimento de qualidade e integral aos usuários do serviço, inviabilizando aos profissionais o oferecimento de uma consulta ambulatorial adequada. Usuários ainda comentam sobre a lentidão do sistema de informatização, recentemente implantado na unidade e que acarreta demora no atendimento. Ainda, os profissionais relatam a dificuldade para convencimento do usuário sobre a importância do mesmo comparecer às atividades de prevenção, como palestras educativas.

No que diz respeito à subcategoria estrutura física, profissionais e usuários relatam a perda do espaço físico onde eram realizados grupos com diabéticos e hipertensos, espaço este, destinado às ações de prevenção e promoção à saúde.

Na subcategoria mudanças com a nova PNAB e portarias recentes para atenção primária no Distrito Federal, os profissionais reclamam da sobrecarga de trabalho, quanto ao aumento de demanda espontânea emergencial, desvio de funções para realizar trabalhos burocráticos, realização de vacinação na unidade e marcação de consultas especializadas. Um usuário relata que o atendimento já foi melhor na UBS.

5.3 CATEGORIA: ACOLHIMENTO

5.3.1 Percepção dos profissionais de saúde



Figura 6: Percepção dos profissionais de saúde. Categoria: Acolhimento. Subcategorias: percepção conceitual, profissional que realiza, funcionamento e dificuldades.

Fonte: Elaboração própria, com auxílio do *software* Atlas Ti (2018).

Com vistas ao acolhimento, segundo Corrêa *et al.* (2011), a efetivação do acolhimento possibilita a criação de vínculos, favorecendo as reações dos usuários acerca das informações recebidas, seu entendimento e observâncias sobre suas necessidades, determinando ou não a satisfação com a atenção recebida. Ele serve também para organizar o serviço, para receber e responder as demandas, garantindo ao usuário a acessibilidade reforçando parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania. Os profissionais entrevistados neste estudo entendem que deva ser realizada uma escuta qualificada e que o acolhimento serve para classificar o risco do paciente, e que a partir daí, o usuário terá a sua demanda resolvida de imediato ou *a posteriori*:

[...] eu posso agendar uma consulta para ele, mas eu já acolhi esse paciente, eu já fiz uma escuta qualificada, já sei a necessidade dele, e já agendei a consulta conforme a necessidade dele. Isso para mim é o acolhimento (PS2).

[...] escutar com atenção. De fato, escutar (PS5).

[...] ver se a necessidade do paciente é imediata, se tem que ser atendido na hora ou não, mas você tem que ouvir esse paciente, tudo o que ele tem para falar (PS7).

[...] você ser educado, tratar bem a pessoa, e ouvir e tentar solucionar ou direcioná-la (PS8).

Em um estudo realizado por Camelo *et al.* (2016), há um consenso por parte dos enfermeiros entrevistados, de que todos os funcionários da UBS devem realizar o acolhimento, e que o enfermeiro é um ator fundamental neste processo. A maioria dos profissionais entrevistados no estudo desses autores, afirmaram desconhecer a existência da Classificação de Risco na APS, devendo, na opinião de um dos entrevistados, ser aplicado apenas no hospital. A maioria dos entrevistados deste estudo de Camelo *et al.* (2016) alegaram que não utilizam protocolos previamente estabelecidos ou baseados nas orientações do Ministério da Saúde (MS), realizando uma escuta que muitas vezes não consegue atender à necessidade daquele paciente. Sendo assim, o acolhimento não é reconhecido como uma tecnologia estruturante para a prática profissional. Ou seja, o acolhimento está presente na UBS onde foi realizado o estudo, mas não de forma estruturada nem embasada no que está preconizado pelo MS.

Neste presente estudo, no que diz respeito ao **profissional que realiza** o acolhimento, os profissionais relatam que normalmente é feito pelos técnicos de Enfermagem ou pelos agentes comunitários em saúde, corroborando com o estudo descrito, onde não ocorre a participação efetiva de todos os profissionais da Unidade de Saúde:

[...] o acolhimento é realizado pela técnica de enfermagem. E se ela tiver dúvida, ela sempre pergunta ou para a enfermeira ou para a médica (PS2).

[...] as ACS trabalham mais fazendo visitas domiciliares, ela ajudam também no acolhimento. Na falta do técnico de enfermagem, elas ficam aqui na recepção, pelo menos acolhendo e recebendo o paciente, orientando (PS3).

[...] são as técnicas de enfermagem. O paciente chega, elas pegam e fazem a triagem (PS6).

[...] a primeira escuta é o técnico de enfermagem, aferiu os sinais vitais dele (PS7).

[...] geralmente é a equipe toda. Mas os técnicos de enfermagem que ficam mais à frente (PS8).

Quanto ao **funcionamento**, de acordo com os profissionais, o acolhimento é feito de modo que o paciente recebe uma solução para sua demanda:

O paciente chega e nós não mandamos embora, porque nós temos que ver do que é que se trata. É olhar como um todo [...] tem uma classificação de risco, nós vamos ver o que é que fazemos com ele [...] se for classificação verde, que pode esperar, não precisa encaixar no momento, então pode agendar (PS8).

[...] as necessidades deles são obtidas através da classificação de risco [...] as marcações, resultado de exames, nós fazemos agendamentos. Pacientes com classificação vermelha, febre, qualquer dor aguda, essas coisas todas, fazemos encaixe. Os vermelhos e laranjas, são sempre atendidos. Os verdes podem ser atendidos no dia ou pode ser atendidos num outro período, dependendo da necessidade pode até ser agendado (PS9).

Existem **dificuldades** de se trabalhar dentro de uma estrutura que nem sempre é adequada às necessidades do serviço, e com isso, a privacidade dos pacientes também se torna comprometida (SERAPIONE; SILVA, 2011). Dentre as dificuldades em realizar o acolhimento, os profissionais relatam a falta de um espaço físico adequado para sua realização e, por conseguinte, a falta de privacidade à qual o paciente está submetido ao relatar suas demandas:

[...] lá fora, no corredor, porque ele é acolhido pela técnica de enfermagem quando ele chega. Eu acho que tinha que ter um lugar só, específico para isso e não tem. Mas dentro das possibilidades, ele é acolhido. Ele é acolhido quando chega pela ACS que fica lá fora e em último caso, ele já entra pela técnica de enfermagem na mesa que tem algum grau de privacidade, mas mesmo assim, não é muito também não... (PS3).

[...] muitas vezes aquele paciente está se sentindo acolhido ali, eu não me sentiria acolhida chegando num lugar e sendo atendida em pé, no meio da multidão, mas infelizmente, na maioria das vezes, é o que temos. Nós não temos sala de recepção, como que você vai fazer um acolhimento legal para o paciente? Enfim... (PS3).

5.3.2 Percepção dos usuários do serviço

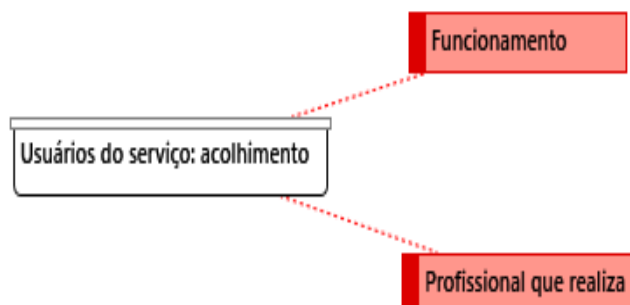


Figura 7: Percepção dos usuários do serviço. Categoria: Acolhimento. Subcategorias: funcionamento e profissional que realiza.

Fonte: Elaboração própria, com auxílio do *software* Atlas Ti (2018).

Nos relatos dos usuários do serviço, em relação ao acolhimento, ocorreram reclamações no sentido de que alguns deles são recebidos na Unidade de Saúde pelo vigilante e não por um profissional da área de saúde:

[...] eu acho assim, que o atendimento teria que ser pelo funcionário da unidade, não pelo vigilante (US2).

[...] tem o guarda, o guardinha que fica lá. Ele entrega a senha e já ajuda. Ele entrega a senha, conforme vão chegando os pacientes, para organizar... (US11).

[...] sempre o guarda está lá para dar a senha, tanto para quem é marcado, para que não é marcado, entendeu? [...] senta todo mundo lá e aí ela começa a chamar. E aí, você vai lá dentro pesar, primeiro ela chama os que estão marcados, depois o acolhimento. Aí, vai lá dentro, pesa, mede pressão, e tudo (US6).

Em relação à disponibilidade do profissional em atendê-los no acolhimento e a resolubilidade de suas demandas, os usuários relatam que se sentem parcialmente contemplados, uma vez que alguns deles são atendidos pelo vigilante da unidade, conforme os seus relatos nas unidades de registro:

[...] eu queria falar a respeito de um encaixe. É aquele negócio, você chega aí o guardinha chega em você e fala assim, se você tem consulta marcada. Aí se você tem, ele te dá senha. Aí, se você não tem, ele manda você voltar outro dia. Ele não procura se você está passando muito mal para você ser atendido no mesmo dia, ou o que ele pode fazer, ele manda você voltar no outro dia (US1).

[...] eu fui uma vez para encaixe, já foi diferente [...] quem me atendeu não foi o guardinha, foi a enfermeira de lá, ela falou assim “então você vai lá, busca as crianças que a médica já atende”. Aí, eu fui em casa, busquei os meninos, voltei e ela já atendeu. Então, com relação ao encaixe, eu também não tenho o que reclamar [...] se puder para o mesmo dia, comigo elas marcam para o mesmo dia (US3).

[...] o que eu gosto também é do acolhimento. Porque eu já precisei em momentos bem difíceis e cheguei e fui muito bem acolhida. Porque diferente de uns outros, eu acho lá um lugar que é onde tem um bom atendimento. Poderia ser melhor, queremos que seja melhor. Mas aí não depende dos funcionários, precisa de mais algo (US7).

[...] eu acho que eles fazem de tudo, como eu falei antes, temos um bom acolhimento e eles tratam muito bem as pessoas. Que nós já vamos para o hospital, já vai doente, e você chegar e encontrar mais complicações, mas está bom. Lá eles tratam muito bem de mim (US7).

[...] é por isso que eu falei do acolhimento que é bom, que você, você se sente à vontade para dizer o que é que tem... (US7).

5.3.3 Convergências e divergências

Na subcategoria profissional que realiza o acolhimento, ocorre divergência entre os relatos de profissionais e usuários. Os profissionais entendem que o acolhimento, em maior parte dos casos, é realizado pelas técnicas de Enfermagem e os usuários entendem que o acolhimento é realizado pelo vigilante da UBS.

Na subcategoria funcionamento, profissionais e usuários convergem parcialmente na questão da resolubilidade das demandas trazidas pelos usuários. Os profissionais entendem que realizam a classificação de risco e que dão andamento às queixas do usuário, através do atendimento ou de marcação de consultas. Os usuários elogiam as providências tomadas pelos profissionais de saúde quanto a encaixes e marcação de consultas, porém acreditam que deveria ser reestruturado o sistema de acolhimento, para serem atendidos por um profissional da área de saúde.

6 ESTRATÉGIAS, EXPECTATIVAS E SUGESTÕES PARA A MELHORIA DO SERVIÇO

6.1 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

6.1.1 Ressaltar a importância das reuniões de equipe para as entidades gestoras

[...] nós tratamos da questão de cadastros, questão dos problemas dos pacientes, nós montamos estratégias para os trabalhos, nós fazemos diversas atuações, de acordo com a nossa rotina, questão de agenda, questões de pesquisa, questões de trabalho de rua, questões de reuniões, tudo nós abordamos nessa reunião, tudo relacionado ao nosso trabalho [...] na reunião de equipe, nós discutimos todo o fluxo e sistematização do trabalho [...] é uma espécie de terapia [...] todos os profissionais da equipe participam (PS9).

Peduzzi *et al.* (2016) entendem a importância da realização de reuniões semanais de equipe, a fim de facilitar a manutenção das prerrogativas do cuidado integral ao usuário, através dos preceitos da Estratégia Saúde da Família (ESF). A autora entende que as reuniões de equipe é um dispositivo facilitador na organização dos serviços de saúde com base no trabalho em equipe. E que, mesmo em equipes constituídas há algum tempo, é indicado manter uma rotina de reuniões com frequência, duração e local definidos para que ocorra a autossustentação da equipe.

6.1.2 Reforçar o trabalho como equipe interprofissional de saúde

[...] então, na medida que aquele paciente vai passando por cada profissional, o objetivo desse processo todinho é tentar ir resolvendo as necessidades do paciente como um todo... [...] todo o profissional da equipe, querendo ou não, ele faz algum grau de classificação do paciente (PS3).

A Educação Interprofissional em Saúde (EIP) é recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Através dela, os profissionais são preparados para trabalhar em equipes interprofissionais capazes de desenvolver práticas colaborativas que respondam às necessidades de saúde locais. Segundo Peduzzi *et al.* (2016), a implementação da EIP nos serviços de saúde, transformará a educação profissional e produzirá impacto na crise mundial da força de trabalho em saúde. Peduzzi *et al.* (2016) conceituam a EIP como sendo uma intervenção na qual os membros de mais de uma profissão de saúde aprendem juntos interativamente, com a finalidade de melhorar a colaboração no cuidado dos usuários. Entende que essa modalidade de formação pode contribuir para o fortalecimento do trabalho colaborativo em equipe, por meio do reconhecimento dos papéis profissionais e da integração no processo de trabalho em equipe.

6.1.3 Reforçar, por parte da gestão e dos profissionais, a importância de cada membro da equipe

[...] a equipe tenta resolver tudo o tempo todo, para não ficar aquela visão biomédica, que só o médico vai resolver, que só ele resolve as coisas, focado no médico. Nós não fazemos isso aqui, nós evitamos ao máximo isso aqui (PS3).

Segundo Villa *et al.* (2015), ainda permanece uma conduta na qual o médico é a figura central, uma autoridade nas equipes da ESF, portanto, observa-se que as relações de poder são marcantes na hierarquia entre os profissionais. No entanto, os autores defendem uma mudança de paradigma, na qual a valorização dos sujeitos, trabalhadores e usuários permita alterar radicalmente as relações de poder-saber e seu reflexo nas práticas da saúde. Esse mesmos autores, diante dos resultados de seu estudo, descreveram alteração de comportamento dos médicos que participaram da pesquisa, em seus relatos de relações interpessoais e interprofissionais. Assim, os autores relatam que por meio da consolidação de novas atitudes, os profissionais da área médica percebem novas formas de atuação, individual e coletiva, e estabelecem relações diferenciadas, menos hierarquizadas no modo de ser e fazer na ESF. Para esses autores, o usuário também pode

colaborar para a criação de um novo paradigma relacional de poder-saber. Para tanto, o profissional de saúde deve estimular o usuário a ser participante no processo de seu próprio cuidado.

O estudo desses autores corrobora com a fala do profissional de saúde desse estudo, quando evidencia a desconstrução do poder de decisão do cuidado apenas nas mãos do médico e o faz um ser participante do processo da construção da ESF e não, a figura central e fonte única de resolução das demandas.

6.2 INTEGRALIDADE DO CUIDADO

6.2.1 Recomendar que a gerência promova estudos de avaliação com indicadores que mensurem a qualidade do serviço ofertado

[...] a gestão não conhece a realidade da equipe, não conhece a ponta, quem trabalha. Tem coisas que são impossíveis, nós temos que ficar nos desdobrando, dando jeitinho. Então, pra mim hoje, a maior dificuldade é essa. Eu acho que antes de se criar qualquer portaria, qualquer protocolo, eu acho que tem que primeiro ver a questão de como é que funciona a equipe, de como é que é a realidade da unidade (PS9).

[...] tem coisas que foram impostas para nós de cima pra baixo, pelo nível gestor. Então tem coisas que não temos nem liberdade de discutir e que nós temos que repassar para frente do mesmo jeito que nós recebemos. Infelizmente, tem coisas que são assim (PS3).

Recomenda-se aos gestores a introdução de indicadores de qualidade nos sistemas de avaliação dos serviços, para que os mesmos possam medir os aspectos que definam a qualidade do cuidado do ponto de vista de usuários e profissionais (SERAPIONE; SILVA, 2011).

6.2.2 Desenvolver, juntamente com a entidade gestora, novas técnicas para a educação em saúde

A equipe de ESF, com o auxílio da entidade gestora, pode viabilizar técnicas mais atrativas ao usuário do serviço no que diz respeito à educação em saúde, promovendo não somente as palestras tradicionais, mas também oferecendo informações sobre prevenção e promoção em saúde em momentos entre consultas, nas salas de espera, ou mesmo através de oficinas de saúde. É importante que haja parceria entre gestores e profissionais da ESF, para a definição das melhores técnicas de educação em saúde a serem ofertadas ao usuário do serviço.

6.2.3 Motivar a aceitação pelos usuários da prevenção, promoção e educação em saúde

[...] é porque a demanda grande deles é a consulta, não é? [...] as pessoas queriam logo a consulta. Então não valorizavam esse momento de conversa. Então, esse grupo é o único que a gente conseguiu manter, o grupo das gestantes. Eu acho que se a população participasse mais, se eles pudessem falar, eles iam falar “não quero grupo mais”. E a gente impõe grupos. Então, eu acho que a comunidade não participa muito, não. A gente faz e impõe grupos com palestras de prevenção e cuidado, porque achamos importante e necessário... (PS1).

As visitas domiciliares e as atividades de promoção de saúde ficam seriamente prejudicadas, porque os profissionais relatam que na comunidade é ainda predominante o interesse pela consulta e pelo curativo.

O que existe é uma propagação da cultura do modelo flexneriano/biomédico por parte dos profissionais de saúde, mesmo que de forma inconsciente. Soma-se a isso, a grande demanda de assistência ambulatorial à qual os profissionais encontram-se submetidos no seu processo diário de trabalho. Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), há consenso entre os críticos da educação dos profissionais de saúde em relação ao fato de que a mesma se encontra embasada em uma abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada. Com isso, os modelos tradicionais de prática em saúde, onde o curativo impera, vão se

perpetuando. Esses mesmos autores descrevem que existe um desafio no atendimento integral ao usuário do serviço de saúde, quando os profissionais de saúde precisam em sua prática cotidiana de trabalho, priorizar as atividades preventivas sem, contudo, prejudicar os serviços assistenciais.

Faz-se necessário, por parte principalmente dos profissionais de saúde, o esforço no sentido de desconstruir essa cultura e motivar os usuários do serviço na aceitação da prevenção, promoção e educação em saúde. Educar a comunidade para a prevenção, levaria à uma redução da demanda por atendimento ambulatorial e, por conseguinte, a uma maior disponibilidade das equipes para realizar atividades de prevenção e promoção à saúde (SERAPIONE; SILVA, 2011).

6.2.4 Esclarecer aos usuários o que é a Estratégia Saúde da Família (a equipe deve cumprir esse papel)

[...] devia ter outros médicos, outras especialidades lá, como um clínico, ortopedista, uma ginecologista, uma pediatra, cada um especializado em uma coisa só, não sobrecarregar só a nossa médica. Porque sozinha ela não dá conta, devia ter mais médicos lá... (US10).

Essa dificuldade do entendimento do que seja a ESF por parte dos usuários de saúde está descrita por outros autores na literatura científica. Oliveira e Albuquerque (2008), ao comentarem sobre a concepção que a comunidade tem sobre o Programa Saúde da Família (PSF), relatam que 81,5% dos profissionais de saúde entrevistados em seu estudo, mencionam que a comunidade não compreende o PSF. Os profissionais de saúde entrevistados neste estudo demonstraram ter consciência da dificuldade da população em entender as regras de funcionamento do PSF.

A equipe de saúde deve estar imbuída do papel de esclarecer aos usuários, qual o papel da ESF, bem como suas diretrizes e objetivos.

6.2.5 Expectativa para referência/contra referência

[...] na verdade, todos esses pacientes que a gente põe na regulação, a gente anota. Anota o nome dele, o endereço, o telefone, e a gente vai acompanhando. Por exemplo, toda a semana a gente tenta acompanhar quais foram aqueles pacientes que já conseguiram passar pela consulta ao qual foi encaminhado, aí, a gente tem esse acesso mais ou menos para saber se esse paciente já conseguiu se consultar... [...] Então esses casos a gente fica monitorando e tenta fazer o melhor. Endocrinologista, não tem fila de espera não. Dependendo do caso, você manda direto para o ambulatório, que é marcado pela gerência, ela que agenda... (PS2).

[...] acredito que eles têm procurado mudar a cada dia, eu acredito que está evoluindo. Tomara que esse novo programa que está sendo implantado agora, o mais novo para nós é a sistematização e informatização da rede e eu espero que dê certo. Alguns pacientes reclamam por causa da demora que está sendo implantado agora. Antes era tudo no papel. Aí, eles reclamam “Mas está demorando muito”, mas é porque o sistema demora. Às vezes cai, fica fora do ar e aí volta para o papel. Estamos torcendo para que deem certo essas mudanças... (PS2).

[...] então, agora pelo menos já vem direto para o sistema. O sistema, ela abre lá a sua pasta, ela vai ver o seu registro lá, se já chegou ou não, então você é comunicado, “ah, chegou lá, o seu resultado, tal dia. O senhor vai marcar uma consulta para a doutora” (US5).

Os profissionais de saúde entrevistados neste estudo relataram que o sistema recém-implantado de informatização tem gerado melhorias no que diz respeito à expectativa de conseguir referenciar o paciente para os níveis secundários e terciários de atenção à saúde. Com isso, existe também a expectativa positiva no sentido da contra referência, pois, uma vez o sistema efetivamente informatizado, os resultados dos exames e de consultas realizadas fora do âmbito da unidade, poderão ser visualizadas pelos profissionais, que não precisarão mais contar com o retorno do paciente, para comunicação de tais resultados.

6.2.6 Solicitação de recursos humanos administrativos às entidades gestoras

[...] esse novo programa que colocou, exige muito tempo, muito papel para preencher, muita burocracia. Ou seja, porque antes era voltado para a população, agora você é quase um administrativo. Você tem que fazer o serviço administrativo porque não tem quem faça. Que nem encaminhamento para uma especialidade, você antes encaminhava, existia uma pessoa do administrativo que fazia. Não, agora é na unidade, eles colocaram para ser na unidade. Ou seja, mas não coloca funcionário para fazer esse tipo de serviço. Ou seja, um médico, um enfermeiro, um técnico tem que parar o seu serviço para fazer parte administrativa, Eu acho que isso mudou, deveria existir administrativo para isso (PS3).

Em um estudo sobre os elementos que aumentam as cargas de trabalho dos profissionais da enfermagem, realizado por Pires *et al.* (2016), estão principalmente aqueles relacionados às condições de trabalho, os quais têm forte relação com a dimensão de gestão. Dentre eles, se destacam a escassez de recursos humanos e a sobrecarga causada pela realização de atividades administrativas por parte dos profissionais de saúde. Esses autores defendem o que está descrito nas falas dos profissionais de saúde do presente estudo, no aspecto que, se esses fatores que aumentam as cargas de trabalho estiverem presentes, haverá uma concorrência na disponibilidade do profissional em promover o acesso do usuário aos serviços, na perspectiva da universalidade, equidade e resolutividade, uma vez que o profissional terá o seu tempo destinado para outras funções administrativas ou burocráticas.

Por isso, faz-se necessário que a gestão invista em recursos humanos de natureza administrativa para suprir tais necessidades, evitando assim, que profissionais da área de saúde façam essa função, prejudicando o atendimento ao usuário em sua integralidade do cuidado.

6.3 ACOLHIMENTO

6.3.1 Solicitar que a entidade gestora promova treinamento para a equipe

[...] basicamente, quem fez mais diretamente a classificação de risco foi a médica e a enfermeira, mas aí, nós, na fase de implantação, treinamos com a equipe. E, todos tiveram oportunidades também de sugerir e de alterar (PS3).

Segundo o estudo de Oliveira e Albuquerque (2008), os profissionais entrevistados relataram que poderiam atuar melhor no PSF se houvesse um processo mais eficaz na capacitação da equipe.

Outros autores também relatam essa importância em treinar e qualificar a equipe. Com vistas ao acolhimento, Camelo *et al.* (2016) defendem que o acolhimento deve ser visto como um dispositivo potente para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica. Dessa maneira, é imprescindível qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar, negociar.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Alguns aspectos descritos por profissionais e usuários transcendem a governabilidade e a competência dos profissionais de saúde, tais como: estrutura física inadequada, sistema novo de informatização, criação de novas equipes com a reestruturação e ampliação das Equipes de Saúde da Família (EqSFs), carência de recursos humanos, falta de insumos e equipamentos, entre outros descritos nas unidades de registro. Tais aspectos impactam diretamente no processo de trabalho e na oferta de serviços de qualidade aos usuários. Essas dificuldades enfrentadas por profissionais e usuários, devem ser compartilhadas com a gestão local, para que a mesma seja capaz de ter iniciativa e comprometimento, a fim de oportunizar melhores condições de trabalho para os profissionais da EqSF e, conseqüentemente, melhores serviços de saúde para os usuários.

Todavia, tão importante quanto o comprometimento da gestão, é o reconhecimento por parte dos profissionais da valorização e do poder de suas potencialidades. Os profissionais devem, portanto, nos aspectos que lhe couberem, fortalecer os laços de vínculo com a comunidade e com todos os atores envolvidos na Estratégia Saúde da Família (ESF), enfatizando em suas ações de trabalho, os preceitos de proteção e promoção à saúde, através de técnicas educativas e preventivas, bem como o atendimento integral ao usuário, acolhendo-o e trabalhando sob a lógica da interprofissionalidade, como preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. B. B.; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1103-1112, maio 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n5/17.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2017.

AQUINO, R. *et al.* Estratégia saúde da família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro : Med Book, 2014, p. 353-371.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primárias à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1499-1509, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1499.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. de Luís Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2009.

BONFADA D.; CAVALCANTE, J. R. L. P.; ARAÚJO, D. P.; GUIMARÃES, J. A. integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 555-560, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n2/a28v17n2.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 09 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde. **Anais da 8ª. Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 09 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 09 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CAMELO, M. S.; LIMA, L. R.; VOLPE, C. R. G.; SANTOS, W. S.; REHEM, T. C. M. S. B. Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros. **Acta Paul. Enferm.**, v. 29, n. 4, p. 463-468, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n4/1982-0194-ape-29-04-0463.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2017.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JR., M.; CARVALHO, Y. M. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 2008.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set./out. 2004. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csp/2004.v20n5/1400-1410>>. Acesso em: 09 dez. 2017.

CORRÊA, A. C. P.; FERREIRA, F.; CRUZ, G. S. P.; PEDROSA, I. C. F. Acesso aos serviços de saúde: olhar de usuários de uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 451-457, set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v32n3/03.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2017.

CRUZ, M. L. S.; FRANCO, L.; CARVALHO, J. W.; SILVA, F. B.; BETELI, V. C.; LIMA, M. F.; OLIVEIRA, E. R.; KUBAGAWA, L. M.; DAVID, M. R. F.; PARÉ, M. C. A. O. Reunião de equipe: uma reflexão sobre sua importância enquanto estratégia diferencial na gestão coletiva no Programa de Saúde da Família (PSF). **Psic. Rev. São Paulo**, v. 17, n. 1 e n. 2, p. 161-183, 2008. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/psicorevista/article/view/18030/13390>>. Acesso em: 09 dez. 2017.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Portaria n. 77, de 14 de fevereiro de 2017**. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Portaria-SES_DF-n%C2%BA-77-2017-Esstablece-a-Pol%C3%ADtica-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Prim%C3%A1ria-%C3%A0-Sa%C3%BAde-do-Distrito-Federal.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2017.

ESCALDA, P.; PARREIRA, C.; CYRINO, A. Dimensões do trabalho interprofissional e das práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por uma equipe de saúde da família. **Atas CIAIQ 2017 – Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 2, p. 315-324, 2017. Disponível em: <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1222/1183>>. Acesso em: 09 dez. 2017.

EULALIO, M. C.; SANTOS, E. R. F.; ALBUQUERQUE, T. P. Representações sociais da relação auxiliar de Enfermagem-usuário no contexto do Programa Saúde da Família. **Rev. Gaúch Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 708-715, dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v30n4/a18v30n4.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2017.

FIGUEIREDO, E.N. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**. Especialização em Saúde da Família, UNA-SUS, UNIFESP, 2012. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade_05/unidade05.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2017.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. P.; GRANJA, G. F.; ERMEL, R. C. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 5, p. 1135-1141, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a15.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2017.

FRANCO, T.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim. In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JR., H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. (Orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hicitec, 2003, p. 37-54.

GALAVOTE, H. S.; FRANCO, T. B.; FREITAS, P. S. S.; LIMA, E. F. A.; GARCIA, A. C. P.; ANDRADE, M. A. C.; LIMA, R. C. D. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des) potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 25, n. 4, p. 988-1002, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n4/1984-0470-sausoc-25-04-00988.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2017.

JULIANI, C. M.; CIAMPONE, M. H. T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. 4, p. 323-33, dez. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v33n4/v33n4a01.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2017.

JUNQUEIRA, S. R. **Competências profissionais na estratégia Saúde da Família e o trabalho em equipe**. Especialização em Saúde da Família, UNA-SUS, UNIFESP, 2008. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_9.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2017.

LIMA, C. A.; OLIVEIRA, A. P. S.; MACEDO, B. F.; DIAS, O. V.; COSTA, S. M. Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. **Rev. Bioét.**, v. 22, n. 1, p. 152-60, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n1/a17v22n1.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2017.

LIMA, C. M. G.; WATANABE, M. G. C.; PALHA, P. F. Atenção precoce à saúde bucal: tarefa da equipe de saúde da família. *Pediatria*, v. 28, n. 3, p.191-198, jan. 2006.

LOURENÇO, E. C.; SILVA, A. C. B.; MENEGHIN, M. C.; PEREIRA A. C. A inserção de Equipes de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, supl. 1, p. 1367-1377, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a09v14s1.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2017.

MARTHA, S. N.; GATTI, M. A. N.; DE VITTA, A.; SIMEÃO, S. F. A. P.; DE CONTI, M. H. S.; SAES, S. O.; PALMA, R.; CARVALHO, R. S. Programa Saúde da Família sob a visão do usuário. **Salusvita**, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011. Disponível em: <https://secure.usc.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v30_n3_2011_art_03.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2017.

MARTINS, A. N.; LANNA, T. B.; SANTOS, P. C. F.; MAGALHÃES, S. R. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: revisão sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. **Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 4, n. 1, p. 24-33, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.unincor.br/index.php/iniciacaocientifica/article/view/1551/1211>>. Acesso em: 09 dez. 2017.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; CAMARGO JR., R. M. K. R. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ-IMS-Abrasco, 2003.

MATUDA, C. G.; PINTO, N. R. S.; MARTINS, C. L.; FRAZÃO, P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2511-2521, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2511.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2017.

MEDEIROS, F. A.; ARAÚJO-SOUZA, G. C.; ALBUQUERQUE-BARBOSA, A. A.; CLARA-COSTA, I. C. Acolhimento em Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev. Salud Pública**, v. 12, n. 3, p. 402-413, jun. 2010. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/rsap/2010.v12n3/402-413/pt>>. Acesso em: 09 dez. 2017.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2017.

MILANEZ, T. C. M.; SORATTO, J.; FERRAZ, F.; VITALI, M. M.; TOMASI, C. D.; SORATO, M. T.; BITTENCOURT, L. T. G. Satisfação e insatisfação na Estratégia Saúde da Família: potencialidades a serem exploradas, fragilidades a serem dirimidas. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 184-190, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v26n2/1414-462X-cadsc-26-2-184.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2017.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan./mar. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0011.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2017.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 727-733, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/25.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2017.

OLIVEIRA, S. F.; ALBUQUERQUE, F. J. B. Programa de Saúde da Família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, n. 2, p. 237-246, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v20n2/a11v20n2.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2017.

OLIVEIRA JR., R. G.; SANTOS, E. O.; FERRAZ, C. A. A.; LAVOR, E. M.; NUNES, L. M. N. Condições de trabalho das Equipes de Saúde da Família do Município de Petrolina-PE. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 433-438, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/condicoes_trabalho_equipes_saude_familia.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2017.

PANIZZI, M.; FRANCO, T. B. A implantação do Acolher Chapecó Reorganizando o Processo de Trabalho. In: FRANCO, T. B.; PERES, M. A. A.; FOSCHIERA, M. M. P.; PANIZZI, M. (Orgs.). **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho.** São Paulo: Hucitec, 2004, p. 79-110.

PASCHE, D. F. Humanizar a formação para humanizar o SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos Humaniza SUS.** Brasília, 2010. v. 1.

PEDUZZI, M.; NORMAN, I. J.; GERMANI, A. C. C. G.; SILVA, J. A. M.; SOUZA, G. C. S. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 47, n. 4, p. 977-83, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0977.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2017.

_____; OLIVEIRA, M. A. C.; SILVA, J. A. M.; AGRELI, H. L. F.; MIRANDA NETO, M. V. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. In: **Clínica médica: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria.** S. I.; s. d. 2016. v. 1.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

PIRES, D. E. P.; MACHADO, R. R.; SORATTO, J.; SCHERER, M. A.; GONÇALVES, A. S. R.; TRINDADE, L. L. Cargas de trabalho da Enfermagem na Saúde da Família: implicações no acesso universal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 24 e. 2682, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-0992-2682.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2017.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan./fev. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14902.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2017.

SANTOS, I. M. B. S.; SANTOS, A. M. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Rev. Salud Pública**, v. 13, n. 4, p. 703-716, 2011. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/rsap/2011.v13n4/703-716/>>. Acesso em: 09 dez. 2017.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/05.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2017.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03>>. Acesso em: 09 dez. 2017.

SERAPIONE, M.; SILVA, M. G. C. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em Municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4315-4326, 2011. Disponível em: <https://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/887_AVALIA%C7%C3O%20DA%20QUALIDADE%20EM%20SA%DADE%20-%20PSF%20CEARA.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2017.

SORATTO, J.; PIRES, D. E. P.; DORNELLES, S.; LORENZETTI, J. Estratégia Saúde da Família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 584-592, abr./jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00584.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2017.

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

TAHAN-SANTOS, E. **Estratégia Saúde da Família**: satisfação de usuários. 2011. 133 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Departamento de Psicologia e Educação, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2011.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S.; SANTANA, E. M.; NUNES, M. O. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 581-589, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13034.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2017.

VILLA, E. A.; ARANHA, A. V. S.; SILVA, L. L. T.; FLÔR, C. R. As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1044-1052, out./dez. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-01044.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2017.

ZOBOLI, E. L. C. P.; FORTES, P. A. C. Bioética e Atenção Básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1690-1699, nov./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/28.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Apresentação:

O objetivo desta entrevista é obtermos sua visão sobre como funciona a Estratégia Saúde da Família em sua equipe. É importante ressaltar que não existem respostas certas ou erradas. Portanto, fique à vontade para expressar sua opinião, complementar informações/dúvidas/ideias que deseje compartilhar. Suas respostas são confidenciais, não serão compartilhadas com membros da sua equipe, não terão nenhuma influência na sua relação de trabalho e serão tratadas com anonimato na publicação dos resultados. Antecipadamente, já agradecemos por sua valiosa contribuição!

- 1) Antes de falarmos sobre a sua equipe, você poderia descrever o que é, na sua opinião, “trabalhar em equipe”? O que envolve?
- 2) Descreva como funciona/como é a dinâmica do trabalho da sua equipe.
- 3) Na sua opinião, o trabalho em equipe ocorre na sua unidade da forma como deve ser? Quais os desafios enfrentados? Quais estratégias você acredita que podem melhorar o trabalho da sua equipe?
- 4) Fale sobre as formas de comunicação e as formas de interação entre os membros da sua equipe. Existem atividades que são pensadas, construídas e ocorrem de forma colaborativa/conjunta? Você percebe dificuldades para que isso ocorra? Por quê?
- 5) Existem reuniões de rotina da sua equipe? Com qual periodicidade ocorrem? Quais profissionais da equipe (ou não) participam das reuniões? Quais assuntos normalmente são tratados?
- 6) A maior parte do seu tempo você desenvolve quais atividades? Você se sente trabalhando em conjunto? Sente-se amparado ou fica mais focado no seu trabalho? Explique.
- 7) Você sabe quais ações/atividades de rotina seus colegas de equipe realizam? Você acha que algumas áreas possuem mais proximidade entre elas do que outras dentro da equipe? Por quê?
- 8) O que você entende por acolhimento? Na sua Unidade acontece acolhimento? Se sim, descreva como ocorre.
- 9) Por quem o acolhimento é realizado? As informações obtidas são repassadas para os demais da equipe? Sempre ou somente quando e para quem for preciso? Poderia descrever como isso ocorre?

- 10) Como são determinadas as necessidades do usuário? O usuário se envolve nas decisões sobre o cuidado que será oferecido a ele? Como acontece a classificação de risco em sua unidade? Quem participa da tomada de decisão?
- 11) Quando não for possível atender as necessidades do paciente como eles são referenciados? Vocês recebem notícia/informações depois que isso ocorre? Eles retornam para a unidade depois? Existe alguma estratégia de acompanhamento para esses casos?
- 12) Você costuma discutir os casos/situações de pacientes (ou famílias) com outros membros da sua equipe? Se sim, como isso ocorre?
- 13) Na sua equipe ocorrem visitas domiciliares? Com que frequência? Como funciona essa dinâmica? Existem dificuldades? Descreva.
- 14) De que maneira você acredita que as visitas domiciliares podem contribuir para a melhoria do cuidado? Isso ocorre na sua equipe?
- 15) Quais profissionais participam das visitas domiciliares? Cada profissional tem sua agenda de visitas ou elas ocorrem em uma ação conjunta da equipe? Os profissionais que não foram às visitas recebem informações acerca das visitas realizadas?
- 16) De que maneira o trabalho da sua equipe atua para a promoção de saúde dos usuários? Quais ações são desenvolvidas para oferecer promoção e assistência aos usuários na sua unidade?
- 17) Existem ações coletivas com a comunidade adscrita para sua equipe? Como elas são organizadas? Quem da equipe participa? Existem atividades em que todos os membros de equipe participam?
- 18) Existem pactuações intersetoriais (com outros setores da sociedade) na sua equipe?
- 19) Nos últimos tempos, com a nova PNAB e com as portarias mais recentes da Secretaria de Saúde, você acredita que tenham ocorrido mudanças na forma como a ESF funciona, tanto em seu trabalho quanto na oferta dos serviços ao usuário? Se houver dificuldades, fale sobre elas. Quais estratégias têm sido adotadas pela equipe para enfrentá-las?
- 20) Tem algo que não foi perguntado nessas questões que você gostaria de dizer?

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTAS PARA OS USUÁRIOS PARTICIPANTES DOS GRUPOS FOCAIS

Apresentação:

O objetivo desta entrevista é sabermos sua opinião de como está sendo oferecido o cuidado com sua saúde na Estratégia Saúde da Família. É importante ressaltar que não existem respostas certas ou erradas. Portanto, fique à vontade para expressar sua opinião, complementar informações/dúvidas/ideias que deseje compartilhar. Suas respostas são confidenciais, não serão compartilhadas com ninguém, não tendo nenhuma influência no seu atendimento e serão tratadas com anonimato na publicação dos resultados. Antecipadamente, já agradecemos por sua valiosa contribuição!

- 1) Na opinião de vocês, como funciona o atendimento da equipe de saúde (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista e agentes comunitários)?
- 2) O atendimento oferecido a vocês é feito por qual ou quais profissionais? Como vocês acham que a equipe de profissionais poderia melhorar o atendimento? Vocês acreditam que a forma como a equipe trabalha resolve seus problemas? Como acham que deveria ser? (o trabalho em equipe dos profissionais de saúde que atendem vocês facilita ou dificulta para resolver seus problemas?)
- 3) Vocês acham que existe uma boa comunicação entre os profissionais?
- 4) Quando vocês buscam a Unidade de Saúde? Em quais situações? Como acontece a chegada de vocês na Unidade de Saúde? Na sua Unidade, tem uma pessoa da equipe de saúde para recebê-los? Como isso funciona?
- 5) Vocês participam das decisões de como será o seu tratamento? Vocês estão satisfeitos em relação ao tratamento que é proposto quando procuram a Unidade de Saúde?
- 6) Vocês são encaminhados para outras Unidades de Saúde ou todas as suas queixas são resolvidas na sua Unidade de Saúde? Se vocês forem fazer algum tratamento fora da sua Unidade de Saúde, depois vocês retornam para a Unidade?
- 7) Vocês já receberam (ou recebem) visitas dos profissionais de saúde da sua Unidade? Explique como funcionam...
- 8) Vocês acham que faz alguma diferença o profissional ir casa das pessoas? Na opinião de vocês, para que servem essas visitas?
- 9) Os profissionais de saúde de sua Unidade já passaram a vocês informações sobre prevenção de doenças e cuidado com a saúde?
- 10) Vocês participam ou já participaram de algum grupo (hipertensos, diabéticos, gestantes, idosos, orientações de higiene bucal com a equipe da odontologia)? Como funcionam esses grupos?

- 11) Vocês já participaram de alguma atividade de saúde na Unidade de Saúde ou outros locais com os profissionais de Saúde da sua Unidade? Quem da Unidade participa?
- 12) Na opinião de vocês, teve alguma mudança na forma de atendimento nos últimos tempos?
- 13) Tem algo que não foi perguntado nessas questões que você gostaria de dizer?

APÊNDICE C – UNIDADES DE REGISTRO DAS SUBCATEGORIAS OBTIDAS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Quadro C1 - Unidades de registro das subcategorias obtidas da análise de conteúdo das entrevistas dos profissionais de saúde (continua).

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registro
<p>Equipe Multiprofissional</p>	<p>Percepção conceitual</p>	<p>“[...] eu entendo como uma reunião de pessoas com atividades peculiares, mas que se ajudam mutuamente, complementam o trabalho das outras” (PS1).</p> <p>“[...] trabalhar em equipe pra mim, é você estar juntos aos colegas em qualquer demanda. [...] ou seja, é um ajudando o outro” (PS2).</p> <p>“[...] o trabalho em equipe é um trabalho interdisciplinar, ele envolve troca de saberes, respeito ao saber do outro, envolve um projeto terapêutico singular ou um projeto terapêutico em comum, significa todos reunirem-se e discutirem determinado assunto” (PS3).</p> <p>“[...] trabalho em equipe é uma cooperação entre os membros do serviço [...] quando um não é especialista naquela área, ele automaticamente pode utilizar do conhecimento do colega. Isso é trabalhar em conjunto” (PS5).</p> <p>“[...] envolve união. Trabalhar da melhor forma, é trabalhar em conjunto” (PS7).</p> <p>“[...] um ajudando o outro. Então todos os casos têm que ser discutidos para tentar chegar na melhor solução possível [...] todo mundo está a par do que está acontecendo, é uma equipe bem unida” (PS8).</p> <p>“[...] para mim, trabalhar em equipe é um ajudando o outro, um contribuindo com o trabalho do outro, um integrando o trabalho do outro, um entendendo o outro, isso pra mim, é trabalho em equipe, uma ajuda mútua” (PS9).</p>

Quadro C1 - Unidades de registro das subcategorias obtidas da análise de conteúdo das entrevistas dos profissionais de saúde (continuação).

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registro
<p>Equipe Multiprofissional</p>	<p>Funcionamento</p>	<p>“[...] eu tenho total confiança na equipe. Isso foi uma coisa que foi construída ao longo dos anos. A interação com a enfermeira é a melhor possível, então tem pacientes que eu passo inclusive para ela, pacientes que precisam de visita domiciliar, curativos mais complexos [...] então, assim, flui muito, muito fácil aqui dentro” (PS1).</p> <p>“[...] o que eu sinto de uma maneira geral é que a gente se ajuda muito, é quase uma família” (PS1).</p> <p>“[...] eu acho que nós temos conseguido fazer um trabalho interdisciplinar, um trabalho em equipe mesmo [...] nós temos muita consideração com o colega” (PS3).</p> <p>“[...] a gente tem um vínculo comunicativo muito bom” (PS5).</p> <p>“Nós temos uma boa relação e tudo é pensado, trabalhado, dentro da dificuldade de cada um [...] todos têm uma grande afinidade, tem que estar trabalhando sempre junto. A odontologia também, porque os pacientes são atendidos e precisam de tratamento odontológico, a médica já encaminha, já vai pra odonto. Então é trabalhado em conjunto” (PS7).</p> <p>“[...] a dinâmica do trabalho na minha equipe funciona bem. Tanto a técnica, a enfermeira, a médica, as ACS, dentista, auxiliar, a gente tem um entrosamento bom. Nós nos ajudamos, nos entendemos, e fazemos fluir o serviço. Então, assim, na minha equipe, há um trabalho em equipe” (PS9).</p>

Quadro C1 - Unidades de registro das subcategorias obtidas da análise de conteúdo das entrevistas dos profissionais de saúde (continuação).

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registro
<p>Equipe Multiprofissional</p>	<p>Reunião de equipe (importância)</p>	<p>“[...] na parte de divergências, a gente consegue, nas reuniões de equipe, conversar e mesmo que demore, chegar em um denominador comum [...] para a equipe, a gente usa muito esse horário para atividades que são pensadas e construídas, para que ocorram de forma colaborativa e conjunta [...] rotinas de trabalho, marcação, resgate de exames [...] é o único momento que a gente tem para parar e conversar” (PS1).</p> <p>“[...] para a interação dos membros da equipe, nós temos a reunião semanal [...] onde a gente discute os pontos, onde a gente pode melhorar, cada um dá seu ponto de vista, e no final, a gente vê onde pode melhorar [...] nas reuniões, sempre discute questões de folga, de licença, de férias, para não atrapalhar o atendimento na equipe” (PS2).</p> <p>“[...] na reunião de equipe, quando tem um caso, alguma situação de um paciente que nos demanda mais atenção, mais cuidado, geralmente esses casos são discutidos [...] são discutidos processos de trabalho, casos específicos, questões administrativas de modo geral. Tudo” (PS3).</p> <p>“[...] nessas reuniões, discutimos a questão de falar a mesma linguagem para o paciente quando chega para ser acolhido” (PS5).</p> <p>“[...] durante as visitas, nós vamos vendo o que está acontecendo, e no dia da reunião, nós passamos para todos, se tem alguma coisa que está precisando, nós discutimos, e tentamos resolver...”(PS8).</p> <p>“[...] nós tratamos da questão de cadastros, questão dos problemas dos pacientes, nós montamos estratégias para os trabalhos, nós fazemos diversas atuações, de acordo com a nossa rotina, questão de agenda, questões de pesquisa, questões de trabalho de rua, questões de reuniões, tudo nós abordamos nessa reunião, tudo relacionado ao nosso trabalho [...] na reunião de equipe, nós discutimos todo o fluxo e sistematização do trabalho [...] é uma espécie de terapia [...] todos os profissionais da equipe participam” (PS9).</p>

Quadro C1 - Unidades de registro das subcategorias obtidas da análise de conteúdo das entrevistas dos profissionais de saúde (continuação).

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registro
<p>Equipe Multiprofissional</p>	<p>Reunião de equipe (limitações)</p>	<p>“[...] é semanal, sagrada. Antigamente, era a tarde toda; agora, cortaram metade do nosso tempo. Então, agora é de 13:00 às 15:00h e a gente preserva esse horário, porque é o horário que temos para sentar e conversar” (PS1).</p> <p>“[...] a equipe só tem uma vez por semana, duas horas de reunião. Então, é pouquíssimo tempo” (PS2).</p> <p>“[...] na verdade, foi um problema pra nós, porque tínhamos a tarde toda, agora nós só temos duas horas. Nós ainda temos conseguido fazer alguma coisa nesse período. É melhor do que nada... (PS3).</p> <p>“[...] antes era terça a tarde toda, só que aí mudou [...] então nós só temos esse período... Quando dá pra fazer, porque às vezes tem muita coisa e acaba, infelizmente, tendo que abrir mão da reunião” (PS8).</p> <p>“[...] é o único espaço que temos... São duas horas de reunião. Então, são duas horas que temos para desabafar...” (PS9).</p>
	<p>Importância do ACS</p>	<p>“[...] eu dependo muito inclusive das ACS, aliás, toda equipe depende. Eu acho que a alma do PSF é a ACS [...] para receber notícias do paciente que foi encaminhado, uma das grandes vantagens de ter o agente comunitário, a gente já bota o endereço e ele vai no dia seguinte na casa do paciente, ou às vezes, até no mesmo dia” (PS1).</p> <p>“[...] infelizmente mudou para pior, abriu-se a ESF com apenas um ACS [...] é humanamente impossível um ACS visitar 4 mil pacientes. Ou seja, pra mim não é estratégia da saúde da família, e isso é posto de saúde igual era antes [...] Não dá pra fazer busca ativa, não dá pra eu acompanhar os hipertensos, os diabéticos [...] a gente descobria muitos tuberculosos nas buscas ativas. Sem ACS, infelizmente, o técnico até vai nas casas, mas ele não vai dar conta, ele tem que trabalhar aqui interno...” (PS2).</p> <p>“[...] a partir do momento que permite manter equipe de saúde da família com uma ACS, tem desmembrado as equipes já existentes para formar novas equipes [...] permite a precarização da atenção básica para aumentar a cobertura em números de equipe” (PS3).</p> <p>“[...] se tem algum exame que a médica pediu, nós pegamos e voltamos para a unidade, e aí pedimos para marcar a consulta para o paciente...” (PS8).</p>

Quadro C1 - Unidades de registro das subcategorias obtidas da análise de conteúdo das entrevistas dos profissionais de saúde (continuação).

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registro
<p>Equipe Multiprofissional</p>	<p>Dificuldades</p>	<p>“[...] eu entendo minha função, eu sei qual é o meu papel. A delimitação dos papéis dentro da equipe da saúde da família é meio complicada, justamente pelo fato de você dar autonomia demais e respeitar a opinião dos outros” (PS3).</p> <p>“[...] tem coisas que foram impostas para nós de cima pra baixo, pelo nível gestor. Então tem coisas que não temos nem liberdade de discutir e que nós temos que repassar para frente do mesmo jeito que nós recebemos. Infelizmente, tem coisas que são assim” (PS3).</p> <p>“O que nós percebemos é que a odontologia ainda está um pouco isolada [...] a odontologia chegou também depois, não é?” (PS3)</p> <p>“[...] olha, na minha unidade particularmente, eu acho que a odonto, ela fica um pouco mais distanciada. Não sei o motivo, não sei lhe precisar, mas eu sinto isso” (PS5).</p> <p>“[...] eu acho que deveria ter mais profissionais, um técnico administrativo para liberar mais as técnicas de enfermagem...” (PS6).</p> <p>“[...] eles pegam um médico ginecologista e colocam para ser médico da família, sendo que é especialista ginecologista, que eles estão montando agora a Saúde da Família desse jeito” (PS6).</p> <p>“[...] o desafio é falta de material [...] a chefia não sabe a realidade e, às vezes não sabe o que está acontecendo e faz você mudar tudo [...] antes tínhamos um cronograma, tínhamos visita. Quem mais perde é a população” (PS8).</p> <p>“[...] a gestão não conhece a realidade da equipe, não conhece a ponta, quem trabalha. Tem coisas que são impossíveis, nós temos que ficar nos desdobrando, dando jeitinho. Então, pra mim hoje, a maior dificuldade é essa. Eu acho que antes de se criar qualquer portaria, qualquer protocolo, eu acho que tem que primeiro ver a questão de como é que funciona a equipe, de como é que é a realidade da unidade” (PS9).</p>

Quadro C1 - Unidades de registro das subcategorias obtidas da análise de conteúdo das entrevistas dos profissionais de saúde (continuação).

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registro
<p>Integralidade do Cuidado</p>	<p>Funcionamento</p>	<p>“[...] as crianças até seis anos que passam pelo CD com a médica, vão direto receber orientação da odontologia, essa parte é importantíssima” [...] o trabalho em si consiste em acolhimento, consultas, visita domiciliar e grupos” (PS1).</p> <p>“[...] ainda temos o grupo das gestantes, falamos sobre orientação alimentar, modificações no corpo, a importância da vacinação. No final do pré-natal, a gente fala sobre trabalhos com parto, aleitamento materno exclusivo, vantagens todas, técnicas de amamentação correta e cuidados com recém-nascido” (PS1).</p> <p>“[...] nós atuamos na atenção primária que é na orientação; secundária que é o diagnóstico precoce; terciária que é a reabilitação [...] acompanhamento de doenças crônicas mais comuns como hipertensão e diabetes. Avaliação da saúde bucal e acompanhamento da saúde bucal das crianças, que a odonto tem feito muito bem. Enfim, eu acho que o básico dentro da proposta da atenção básica da saúde, da estratégia saúde da família, nós temos oferecido” (PS3).</p> <p>“[...] nós fazemos grupos de hipertensos, orientações. Nas visitas, nós orientamos a questão dos medicamentos, de fazer atividade física. Reforça o que é passado em consulta” (PS8).</p> <p>“[...] a promoção é feita hoje no acolhimento, nós não temos mais um espaço para podermos fazer as orientações de palestras como fazíamos antes. Então hoje tudo é dentro do consultório, as nossas promoções e prevenções [...] nós conseguimos ter o grupo das gestantes, que fazemos as orientações, uma palestra” (PS9).</p>

Quadro C1 - Unidades de registro das subcategorias obtidas da análise de conteúdo das entrevistas dos profissionais de saúde (continuação).

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registro
<p>Integralidade do Cuidado</p>	<p>Visitas domiciliares (importância)</p>	<p>“[...] se esses pacientes não recebessem visitas domiciliares, eles não seriam assistidos por ninguém, porque eles não têm condições de ir na unidade de saúde. Quer dizer, se a equipe não for até eles, eles ficarão completamente negligenciados. E aí a gente consegue fazer, dar uma continuidade, atenção àquela pessoa, não só à pessoa, à família” (PS1).</p> <p>“[...] é nessas visitas que a gente descobre as coisas. Nessas visitas você consegue descobrir quem é diabético, quem é hipertenso, quem tem tuberculose” (PS2).</p> <p>“[...] os acamados nós não abrimos mão. Os acamados nós tentamos manter uma maior regularidade. A partir do momento que você vai na casa do indivíduo, está in loco, você vê reais condições de vida, os hábitos reais, o comportamento real da pessoa, porque a pessoa dentro da casa dela, é como ela é de verdade [...] dá pra fazer o diagnóstico epidemiológico, sanitário, a situação da casa, da moradia, presença de cachorros, de roedores, a higiene [...] você evita complicações, evita internações” (PS3).</p> <p>“[...] nas visitas domiciliares, nós vemos o paciente como um todo, vemos a receita desse paciente, para ver se está vencendo, se está tomando a medicação corretamente, se ele faltou à consulta e por que faltou. Se é criança, porque está com a vacina atrasada. Nós trazemos para a equipe o que vimos nas visitas e tentamos resolver da melhor maneira possível” (PS7).</p> <p>“[...] a visita domiciliar é ótima, porque aí pega muita gente, descobre muita coisa que você nem imagina” (PS8).</p> <p>“[...] ela vem para a prevenção e, quando nós fazíamos rotineiramente, pegávamos muito paciente com pressão alta, criança faltando CD, e idoso que tomava a medicação errada. Então todos os problemas que nós conseguíamos ver dentro das visitas, nós conseguíamos trazer o paciente para a unidade ou o médico até o paciente” (PS9).</p>

Quadro C1 - Unidades de registro das subcategorias obtidas da análise de conteúdo das entrevistas dos profissionais de saúde (continuação).

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registro
<p>Integralidade do Cuidado</p>	<p>Visitas domiciliares (dificuldades)</p>	<p>“[...] antes nós fazíamos mais visitas, agora a demanda está muito grande. Então, no momento que tem cadastro novo, é impossível. Falta de segurança é outro problema, vários ACS foram assaltados a mão armada. Então, tem épocas que a violência está muito forte, a gente para esse serviço. A gente sente que quando tínhamos 6 ACS e não tinha uma demanda tão grande como é agora, nós fazíamos muito mais visitas...” (PS1).</p> <p>“[...] antigamente, eu tinha dois períodos por semana para fazer a visita domiciliar, e hoje eu não tenho mais quase nenhum, é uma perda. É uma perda de qualidade” (PS1).</p> <p>“[...] a gente tem dificuldade em fazer visita domiciliar, nessa região tem um índice muito grande de violência” (PS2).</p> <p>“[...] nós não estamos tendo mais tempo para fazer as visitas e os ACS estão por conta de fazer o cadastramento dos pacientes no e-SUS” (PS3).</p> <p>“[...] nós diminuimos muito as visitas aqui porque temos medo de andar nas ruas mesmo. Nível de violência grande. A ACS foi assaltada visitando uma casa ao lado da unidade de saúde” (PS3).</p> <p>“[...] com esse novo sistema do e-SUS de cadastramento de pacientes que trava muito no computador, atrasa muito a vida de todo mundo e com isso, acabamos diminuindo muito nosso tempo para fazer visitas domiciliares” (PS8).</p> <p>“[...] hoje as visitas domiciliares são casos mais pontuais mesmo. Nós não fazemos mais visitas de rotina, porque não temos mais tempo pra isso” (PS9).</p>

Quadro C1 - Unidades de registro das subcategorias obtidas da análise de conteúdo das entrevistas dos profissionais de saúde (continuação).

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registro
<p>Integralidade do Cuidado</p>	<p>Referência/Contra referência</p>	<p>“[...] se o paciente precisa de um especialista, ele é colocado aqui mesmo na regulação que é uma fila de espera no computador. Quando surgir uma vaga para essa especialidade, a própria Secretaria de Saúde vai entrar em contato com esse paciente, informando data, horário e dia da consulta” (PS2).</p> <p>“[...] na verdade, nós não temos a contra-referência. A gente pede para o paciente dar um retorno pra gente...” (PS2).</p> <p>“[...] depende da necessidade do paciente, se é um caso de emergência, nós encaminhamos para o PS, se for emergência, às vezes chamamos o SAMU também. Às vezes, nós marcamos consulta com o especialista” (PS3).</p> <p>“[...] a contra-referência é muito raro acontecer [...] pelos exames que ele traz, nós tentamos decifrar o que aconteceu com o paciente. Inclusive a referência melhorou agora, porque quando esse paciente marcava consulta de referência especializada lá na outra UBS, a gente não tinha controle nenhum e muitas vezes ele perdia a consulta” (PS3).</p> <p>“[...] dificilmente temos a contra-referência, só quando a gente vai nas casas e faz a visita, aí geralmente as pessoas relatam. Ou então, se a pessoa voltar aqui no posto...” (PS4).</p> <p>“[...] ele é encaminhado para o especialista, conforme o problema dele. Por exemplo, ele está com problema de pele e não conseguiu ser tratado aqui, foi sem sucesso, ele é encaminhado para um dermatologista” (PS7).</p> <p>“[...] um dos problemas que nós temos é esse, não existe essa contra-referência de ele ir lá e nós sabermos o que aconteceu” (PS8).</p>

Quadro C1 - Unidades de registro das subcategorias obtidas da análise de conteúdo das entrevistas dos profissionais de saúde (continuação).

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registro
<p>Integralidade do Cuidado</p>	<p>Limitações</p>	<p>“[...] eu queria dar mais assistência ao paciente, mas infelizmente a maior parte do meu tempo, o meu trabalho é como administrativo. Que é aquele trabalho que o paciente vem e eu marco a consulta dele [...] é atendimento ao público. Não é exatamente o que eu gostaria de fazer” (PS2).</p> <p>“[...] atuamos para a promoção da saúde dentro das limitações, porque, por exemplo, às vezes solicitamos hemograma, o paciente não faz, porque na rede está em falta e ele não tem condições de pagar...” (PS3).</p> <p>“[...] se a gente quiser montar um grupo de idoso, a gente não tem material para montar esse grupo. Se quiser montar um grupo para as crianças, não temos material para montar...” (PS4).</p> <p>“[...] dinâmica em grupos é difícil conseguir fazer. E eles também não participam. Eles... se falar que é palestra, eles não vêm” (PS6).</p> <p>“[...] tentar trazer os pacientes, nós até tentamos, mas a comunidade não gosta muito de estar vindo até aqui. Se dissermos que vai ter uma palestra disso, ah, eles não vêm... [...] é uma dificuldade imensa. Nós já tentamos fazer grupo com adolescente, mas não vem. Só se oferecermos alguma coisa, ainda conseguimos captar, mas se falarmos que é para conhecimento, uma palestra, eles não vêm não...” (PS8).</p> <p>“[...] você agora vai ter que fazer vacina na unidade, vai ter que cadastrar o paciente, vai ter que encaminhar paciente, ou seja, você tem que tirar um tempinho, e o que sobra para fazer a promoção?” (PS8).</p> <p>“[...] então foi uma estratégia que vimos e que de acordo com as portarias que saíram, metade da agenda é espontânea, metade da agenda é aberta. E nós conseguimos fazer isso, porque agora temos que atender as emergências, então foi uma estratégia que conseguimos fazer, diminuir a agenda eletiva para aumentar a agenda espontânea” (PS9).</p>

Quadro C1 - Unidades de registro das subcategorias obtidas da análise de conteúdo das entrevistas dos profissionais de saúde (continuação).

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registro
<p>Integralidade do Cuidado</p>	<p>Estrutura física da unidade</p>	<p>“[...] hoje, onde tinha a automassagem, é sala de espera. Com mudanças recentes, a gente foi perdendo espaço físico. Não tem como fazer grupo ali fora, é impossível. Então, eu acho que nesse sentido de promoção à saúde, eu acho que a gente perdeu. Perdeu. [...] os outros grupos e a automassagem acabaram, porque o nosso espaço físico para fazer grupo, virou, virou dois consultórios” (PS1).</p> <p>“[...] nós já tivemos grupo do idoso frágil, onde a gente ia nas casas buscar esses idosos que tinham dificuldade para andar e tudo. E isso era uma vez por semana. Só que hoje nós não temos mais esse espaço, nós perdemos o espaço que a gente fazia essas atividades” (PS2).</p> <p>“[...] a vontade da equipe é muito grande. Inclusive a gente tenta. Mesmo ali fora, a gente tenta fazer alguma coisa. Mas assim, o nosso espaço diminuiu demais, a gente não tem estrutura pra isso [...] infelizmente eu gostaria de fazer mais, a nossa equipe gostaria de fazer mais, mas a gente não consegue...” (PS2).</p> <p>“[...] nós fazíamos automassagem, tinha muita gente que vinha. Não temos mais espaço para tal. E reuniões de hipertensos e diabéticos, não temos mais espaço também” (PS5).</p>

Quadro C1 - Unidades de registro das subcategorias obtidas da análise de conteúdo das entrevistas dos profissionais de saúde (continuação).

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registro
<p>Integralidade do Cuidado</p>	<p>Mudanças com a nova PNAB e portaria 77 e 78 – SES - DF</p>	<p>“[...] às vezes recebo muitos encaixes, solicitação de encaixes para pacientes que seriam classificação amarela, ao meu ver, eles deveriam ser atendidos num pronto socorro. Estamos muito sobrecarregados[...]a demanda aumentou demais” (PS1).</p> <p>“[...] a cobertura aumentou, mas ninguém fala de qualidade [...] vários profissionais que eu conheço se submeteram ao Converte de uma maneira muito verticalizada, abandonaram suas especialidades” (PS1).</p> <p>“[...] a curto prazo, o que eu vejo é, eu acho que uma equipe que não tem uma classificação de risco muito boa na cabeça, vira uma UPA, a equipe vai virar UPA” (PS1).</p> <p>“[...] várias equipe incompletas. Por exemplo, tem equipe aí que tem um médico e um técnico. Tem equipe com um técnico e um ACS. Então não adianta dizer “ah, abriu não sei quantas equipes”. Mas, você vai olhar, a equipe está toda incompleta...” (PS2).</p> <p>“[...] a dificuldade é porque aumentou muito o serviço. Muita coisa que não era feita aqui, agora tem que ser feita aqui. Inclusive assim, vacinas, por exemplo, antes não... mas agora vai ter que fazer aqui” (PS4).</p> <p>“[...] ele descentralizou em muitas coisas, tipo, marcação de consultas especializadas. Existia um setor especificamente pra isso. Como foi descentralizado, esse serviço agora nos cabe também” (PS5).</p> <p>“[...] botando várias equipes, montando de qualquer jeito. Eu não concordo com a forma como eles estão fazendo...” (PS6).</p> <p>“[...] hoje em dia não é como antes, o programa. Só tem nome, porque na prática mesmo, eu achei que mudou muita coisa. Era mais voltado para prevenção, promoção, eram muitos eventos e hoje não tem mais. Infelizmente... [...] tentamos nos adaptar com o novo que está aí” (PS8).</p>

Quadro C1 - Unidades de registro das subcategorias obtidas da análise de conteúdo das entrevistas dos profissionais de saúde (continuação).

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registro
Acolhimento	Percepção conceitual	<p>“É dar uma resposta para essa pessoa, nem que seja uma orientação, muitas vezes o acolhimento não é só para paciente que está na nossa área, que é cadastrado. Uma pessoa que venha de fora, pelo menos alguma orientação, ela teve, tem que sair daqui com a orientação” (PS1).</p> <p>“[...] eu posso agendar uma consulta para ele, mas eu já acolhi esse paciente, eu já fiz uma escuta qualificada, já sei a necessidade dele, e já agendei a consulta conforme a necessidade dele. Isso para mim é o acolhimento” (PS2).</p> <p>“[...] escutar com atenção. De fato, escutar” (PS5).</p> <p>“[...] ver se a necessidade do paciente é imediata, se tem que ser atendido na hora ou não, mas você tem que ouvir esse paciente, tudo o que ele tem para falar” (PS7).</p> <p>“[...] você ser educado, tratar bem a pessoa, e ouvir e tentar solucionar ou direcioná-la” (PS8).</p>
	Profissional que realiza	<p>“[...] normalmente há um rodízio entre os profissionais” (PS1).</p> <p>“[...] o acolhimento é realizado pela técnica de enfermagem. E se ela tiver dúvida, ela sempre pergunta ou para a enfermeira ou para a médica” (PS2).</p> <p>“[...] as ACS trabalham mais fazendo visitas domiciliares, ela ajudam também no acolhimento. Na falta do técnico de enfermagem, elas ficam aqui na recepção, pelo menos acolhendo e recebendo o paciente, orientando” (PS3).</p> <p>“[...] são as técnicas de enfermagem. O paciente chega, elas pegam e fazem a triagem” (PS6).</p> <p>“[...] a primeira escuta é o técnico de enfermagem, aferiu os sinais vitais dele” (PS7).</p> <p>“[...] geralmente é a equipe toda. Mas os técnicos de enfermagem que ficam mais à frente” (PS8).</p> <p>“[...] o acolhimento é realizado por todos, desde o vigilante, os ACS, todo mundo. Então o ACS faz acolhimento e os técnicos também” (PS9).</p>

Quadro C1 - Unidades de registro das subcategorias obtidas da análise de conteúdo das entrevistas dos profissionais de saúde (conclusão).

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registro
Acolhimento	Funcionamento	<p>“[...] lá fora, no corredor, porque ele é acolhido pela técnica de enfermagem quando ele chega. Eu acho que tinha que ter um lugar só, específico para isso e não tem. Mas dentro das possibilidades, ele é acolhido. Ele é acolhido quando chega pela ACS que fica lá fora e em último caso, ele já entra pela técnica de enfermagem na mesa que tem algum grau de privacidade, mas mesmo assim, não é muito também não...” (PS3).</p> <p>“[...] se for alguma coisa assim, por exemplo, um encaixe, que chegou uma pessoa passando mal, precisa de um encaixe, na mesma hora a gente já comunica a técnica de enfermagem, ela vê a possibilidade de encaixar a pessoa naquele horário ou depois. A gente segue a classificação de risco que a enfermeira e a médica montaram” (PS4).</p> <p>“O paciente chega e nós não mandamos embora, porque nós temos que ver do que é que se trata. É olhar como um todo [...] tem uma classificação de risco, nós vamos ver o que é que fazemos com ele [...] se for classificação verde, que pode esperar, não precisa encaixar no momento, então pode agendar” (PS8).</p> <p>“[...] as necessidades deles são obtidas através da classificação de risco [...] as marcações, resultado de exames, nós fazemos agendamentos. Pacientes com classificação vermelha, febre, qualquer dor aguda, essas coisas todas, fazemos encaixe. Os vermelhos e laranjas, são sempre atendidos. Os verdes podem ser atendidos no dia ou pode ser atendidos num outro período, dependendo da necessidade pode até ser agendado” (PS9).</p>
	Dificuldades	<p>“[...] muitas vezes aquele paciente está se sentindo acolhido ali, eu não me sentiria acolhida chegando num lugar e sendo atendida em pé, no meio da multidão, mas infelizmente, na maioria das vezes, é o que temos. Nós não temos sala de recepção, como que você vai fazer um acolhimento legal para o paciente? Enfim...” (PS3).</p>

APÊNDICE D – UNIDADES DE REGISTRO DAS SUBCATEGORIAS OBTIDAS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO

Quadro D1 - Unidades de registro das subcategorias obtidas da análise de conteúdo das entrevistas dos usuários do serviço (continua).

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registro
<p>Equipe Multiprofissional</p>	<p>Funcionamento</p>	<p>“[...] eu concordo, porque o atendimento lá, eu acho muito bom, muito bom mesmo [...] as pessoas são educadas e até simpáticas. Eu percebo que ali, eles fazem com amor [...] porque eles fazem, o que eles podem, eles fazem...” (US3).</p> <p>“[...] a minha opinião, eu acho que eles se comunicam, porque eles são bem prestativos. No que você chega lá, você é bem atendido. Aí, na minha opinião, eu acho que eles se comunicam” (US1).</p> <p>“[...] é. Eu também percebo essa parceria deles” (US3).</p> <p>“[...] como foi dito anteriormente aí, sobre a doutora, sobre a enfermeira, sobre as auxiliares, não tenho nada a reclamar, pelo contrário, tenho que parabenizá-las pelo esforço delas de atenderem todos a contento” (US5).</p> <p>“[...] eu fico satisfeito porque do guardinha à doutora, ou à médica, “são” todo mundo excelente, eles tratam super bem, eles nunca desrespeitam ninguém” (US1).</p> <p>“[...] o pessoal é muito simpático também” (US6).</p> <p>“[...] muito boa a doutora, a enfermeira [...] e eles funcionam direitinho, e eles se comunicam direito também” (US12).</p> <p>”[...] e aí o atendimento lá é muito bom, muito bom mesmo [...] para tratar, fazer uma restauração, muito bom o atendimento lá” (US8).</p> <p>“[...] lá eles atendem bem, mas também tem umas coisas que deixam a desejar [...] Dia de quarta-feira vamos marcar, jogar no sistema. Aí no dia que eu cheguei lá e a funcionária “ah, é porque eu vou sair, a outra não veio. Então, eu não vou marcar”. Isso é uma falta de consideração [...] Então se ela fosse dizer que ela tinha uma consulta, eu acho que ela deveria ter avisado bem mais cedo e dispensado todo mundo, não é?” (US9).</p> <p>“[...] eles são super bons mesmo, atenciosos [...] e completar mais um, a assistente da dentista também atende maravilhosamente. Esqueci de falar dela” (US3).</p>

		<p>“[...] aí, eles já fazem de tudo. Eles já fazem de tudo. Eles são muito bons, tratam muito bem. Entendeu? Eles vão fazer mais o quê? Minha filha, não tem... Já tiram dinheiro do bolso pra comprar mais alguma coisa que falta pra nós [...]” (US6).</p> <p>“[...] a questão que eu quero falar assim é que lá não pode acabar. Porque se lá acabar acaba conosco [...] é um lugar muito bom e também não pode acabar não...” (US8).</p> <p>“[...] e também dizer que agradeço muito pelo postinho, pelas meninas. Apesar que quando eu reclamei que teve o dia que não marcou e tal, mas elas sempre fazem de tudo para marcar, se desdobram para fazer de tudo para ajudar, entendeu? Então é bom” (US9).</p>
--	--	---

Quadro D1 - Unidades de registro das subcategorias obtidas da análise de conteúdo das entrevistas dos usuários do serviço (continuação).

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registro
<p>Integralidade do Cuidado</p>	<p>Funcionamento</p>	<p>“[...] se eu for para a dentista, eu chego lá e eu vou diretamente, já está marcada a consulta, eu vou para a dentista. Ou então, se eu for levar minhas crianças para a consulta, eu vou lá e pego a ficha, por ordem de chegada que eles atendem, e aí eu vou pra médica. Se eu vou para a ginecologista, eu marco na ginecologista. Aí, você chega e pega a ficha por ordem de chegada” (US3).</p> <p>“[...] eu vou no postinho e eles me dão uma injeção, passam uma Benzetacil, eu pego as receitas e tomo no postinho. E isso me ajuda muito porque se eu for para o hospital e ficar cinco horas lá e ainda não sou atendido” (US1).</p> <p>“[...] rapidinho eu cheguei lá no postinho, ela passou encaminhamento para o hospital, aí chega... até eu fui lá outro dia para o atendimento. Preciso de pegar e ligar aqui também, aí também ajuda muito aqui também nessa parte” (US4).</p> <p>“[...] tipo assim, quando uma das minhas crianças adoecem, eu falo “eu posso ir aqui na médica”. Porque se eu precisar ir lá no hospital, eles não vão ser atendidos. E se eu for aqui na médica, ela vai atendê-los. Se eu precisar de alguma mais simples com relação aos dentes, eu tenho a doutora” (US3).</p> <p>“Sobre prevenir doenças, quem passou uma vez para mim foi a dentista que eu fui, e aí ela falou assim, ela explicou tudo a primeira vez que eu fui, ela deu uma palestra e sempre quando eu vou ela reforça. Ela fala de todas as doenças possíveis, ela até falou da questão do dente que é um órgão do corpo, e ela vai bem mais adiante, entendeu?” (US3).</p> <p>“Pela manhã, 8:00h funciona, tira o sangue do dedo e mede pressão e faz consulta, marca, consulta também para mais tarde. E funciona bem” (US12).</p> <p>“A consulta da médica é mais demorada, a consulta dela, que ela pergunta, ela examina, ela faz, examina a gente muito...” (US 7).</p> <p>“[...] a médica é maravilhosa, nos trata super bem, vê tudo direitinho... A enfermeira também, outra pessoa maravilhosa. Me botou pra fora da sala, que ela ficou sozinha com a minha filha, mas o papo delas foi maravilhoso. Fiquei assim, na volta, curiando um pouquinho e a dentista também maravilhosa. As meninas todas são... Muito bom, todo mundo...” (US9).</p> <p>“[...] a doutora me dá as opções de tratamento, ela fala... Tem um remedinho... Ela pergunta “você</p>

		<p>prefere?” Me sinto bem esclarecida com tudo” (US7).</p> <p>“[...] nós valorizamos muito. Tudo isso que nós falamos, mas se aquele postinho acabar, nós estamos... nós estamos fritos” (US 10).</p> <p>“[...] eu acho muito importante isso, reunir, cartaz, ou em palestra. Eu acho isso muito importante” (US7).</p> <p>“[...] para mim, melhorou muito a minha vida, porque eu nunca tinha tido assim esse atendimento e quando eu sou atendida lá, dou graças a Deus...” (US 8).</p> <p>“[...] antigamente todas nós sabíamos que não tinha dentista, antigamente não tinha dentista, não [...] agora não, nós temos uma dentista. Só que é muito pequeno também ali no lugarzinho onde ela fica, mas o coração é muito bom, o atendimento é muito bom, então isso daí é bom. Entendeu?” (US7).</p>
--	--	---

Quadro D1 - Unidades de registro das subcategorias obtidas da análise de conteúdo das entrevistas dos usuários do serviço (continuação).

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registro
<p>Integralidade do Cuidado</p>	<p>Visitas domiciliares</p>	<p>“Lá em casa, já estive. Olha, a minha sogra mesmo estava passando mal uma vez é só chamou lá, eles atenderam em casa rapidinho... É, eles foram lá” (US2).</p> <p>“Lá em casa eles já foram. Sem eu chamar, eles já foram umas três vezes, tanto para atualizar os dados, como para atualizar o endereço [...] E assim, ela foi umas 3-4 vezes atrás de mim “é que a enfermeira quer fazer o seu preventivo... Já foram na minha casa” (US3).</p> <p>“[...] à minha casa eles nunca foram” (US2).</p> <p>“[...] lá em casa eles já foram, já foram mais de umas quatro vezes” (US1).</p> <p>“[...] infelizmente, a senhora não teve o prazer da visita delas, porque todos nós aqui já tivemos (US5).</p> <p>“[...] mas uma vez, eu estava no postinho, e uma mulher falou assim “nossa, vocês nunca vão lá em casa”. E aí a enfermeira de lá falou assim “menina, a gente já foi tanto na sua casa, tanto. Mas nunca tem ninguém lá. Na hora que a gente vai, nunca tem ninguém lá” (US3).</p> <p>“[...] eles são excelentes porque até no momento que eu estava conversando com a minha mãe, que ela falou que eu estava acima do peso, a moça escutou e foi na minha casa e falou para eu ir fazer, marcar uma consulta com a doutora. Não precisou ninguém falar para ela o que é que eu tinha. Ela foi lá” (US1).</p> <p>“[...] nós temos o controle da pressão, tem um papelzinho, um cartãozinho, aí mede a nossa pressão e assina. Tudo direitinho. Se eu não for, a menina vem cobrar na porta em casa [...] sempre vai me visitar, saber se estou tomando o remédio certo. Direitinho. É a agente de saúde. Então, ela vai para saber, para saber se está tomando remédio, tipo porque é que não está indo às consultas [...] de odontologia, já foram lá pra fazer visita para fazer coisas nos meus dentes...Então é uma coisa que é muito boa, essa parte. Então aqui dessa forma, eu acho que nós estamos assim, se não chegamos a 10, mas vamos chegar nos 9” (US7).</p> <p>“Ela vem ver a nossa pressão, elas preenchem uma ficha para levar para lá [...] elas conversam muito com a gente, pegam as pessoas, as casas, botam lá, faz a fichinha de todo mundo da casa. De todo mundo. Se tiver dez pessoas, elas fazem de todas as dez” (US10).</p> <p>“É, realmente a agente de saúde passa em casa,</p>

		pega os dados de sua família, todo mundo, direitinho. E é muito bom, isso” (US8).
--	--	---

Quadro D1 - Unidades de registro das subcategorias obtidas da análise de conteúdo das entrevistas dos usuários do serviço (continuação).

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registro
<p>Integralidade do Cuidado</p>	<p>Referência/Contra referência</p>	<p>“[...] a gente liga lá, a gente reclama, mas tem exames aqui de 7 meses que até agora a gente não teve retorno. Aí, eu já não fui mais atrás [...] o problema não é de lá, eles fazem, eles coletam e eles mandam, mas aí quando eles mandam, não volta. Eles ligam, eles cobram, mas não tem retorno” (US3).</p> <p>“[...] se o assunto parte para um exame mais profundo, aí é um encaminhamento para Plano Piloto, Hospital de base, HRAN, mas preferencialmente é a do Paranoá. Então, aí, vai se encaminhando para outros locais. Mas sempre há um encaminhamento” (US5).</p> <p>“[...] porque o que eles fazem é te dar um encaminhamento. E, quando possível, eles mesmos que ligam e marcam lá. Mas é você que tem que ir atrás” (US3).</p> <p>“[...] eu tenho que ir atrás para meu marido, ele tem problema de saúde. Então, tudo eu já fui atrás, se eu falar que alguém já ligou, e marcou e me deu retorno, eu estou mentindo, porque nunca aconteceu” (US2).</p> <p>“[...] todos os encaminhamentos que elas dão, elas mesmo marcam. Tem o dia, aí eles jogam no sistema. Nutricionista, para outra consulta também, para ortopedia, todas elas são jogadas no sistema e aí, o povo liga para nós...” (US3).</p> <p>“[...] no caso assim, como a moça disse ali, nós somos bem atendidos e bem recebidos. Na medida do possível, do que eles têm para oferecer em atendimento ambulatorial, eles atendem. O que não tem, vai ser passado para encaminhamento, para você marcar no hospital ou ir para outro local” (US5).</p> <p>“[...] eu fui encaminhada para fazer tem seis anos atrás, para fazer um exame, aquele... ressonância. Até hoje, se eu não tivesse feito particular, eu nem sabia qual era o problema que eu tinha, até hoje...” (US7).</p> <p>“[...] eu, agora eu consegui, porque assim, o meu filho foi encaminhado para o fono, e eu consegui. Até que está bom, porque nós, por enquanto, que nós estamos sendo encaminhados, pelo menos eu, já consegui” (US8).</p> <p>“[...] então, depende... Igual, por exemplo, se eu pedi um encaminhamento... nós pedimos um encaminhamento para uma consulta, para isso, para aquilo. As minhas consultas que eu pedi, eu consegui” (US9).</p> <p>“[...] nós que trazemos a notícia da neurologista</p>

		<p>para a médica da equipe... [...] é eu que trago, eu que trago os resultados. Tipo assim, para dizer, se eu passo num neuro no Hospital de Base, e ela está aqui, se ela abrir o sistema, ela não vê nada lá. Eu tenho que trazer todos os exames para a médica” (US8).</p> <p>“Eles não mandam os exames para cá. Se for esperar, tipo, fazer no Hospital de Base, para eles mandarem para cá, para ela saber se foi feito ou não, não chega, eles não estão nem aí...” (US6).</p> <p>“Quer dizer, se eu estiver morrendo, até chegar o resultado da biópsia, pode ser que eu já até tenha morrido...” (US10).</p>
--	--	---

Quadro D1 - Unidades de registro das subcategorias obtidas da análise de conteúdo das entrevistas dos usuários do serviço (continuação).

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registro
<p>Integralidade do Cuidado</p>	<p>Limitações</p>	<p>“[...] falta também uma coisa... tem a boa vontade da doutora, mas, porém, o maquinário, os equipamentos dela em si não contribui para tudo o que ela deseja fazer” (US1).</p> <p>“[...] falta equipamento, falta tudo praticamente. Igual remédio, não tem. Até o grupo do hipertensão não está tendo, e do diabetes, que eram duas coisas ao mesmo tempo, mesmo dia [...] só tem medição, teste de glicemia, só para quem toma insulina” (US2).</p> <p>“[...] eu acho assim, o exame em si de rotina, que é uma coisa mais simples, deveria ser feito lá na unidade. Não você ter que pegar o resultado, pegar o pedido, e ficar rodando procurando onde você marca e onde você acha vaga. Não. Teria que ser resolvido no próprio local, porque ali seria mais rápido e ali já tinha uma solução melhor” (US2).</p> <p>“[...] mas nós não temos uma pediatra. Igual, eu tenho duas crianças, quem atende minhas crianças é a doutora e aí se eles tiverem alguma coisa, é ela quem vai passar e tudo. No dia que eu fiz a minha prevenção, também não foi com ginecologista. Então assim, eu gosto demais de lá do atendimento, é muito bom. Só que eles vão se virando do jeito que dá e para nós, lá ainda é muito bom, porque se você for para outros lugares... [...] na nossa visão é bom, só que acaba que o atendimento se torna precário, porque nós vamos sendo atendidos com o que tem, porque eu acho que uma criança, deveria ser atendida por um pediatra, porque ele é formado para atender as crianças. Mas como não temos pediatra, temos a doutora, que nos atende muito bem, por sinal, então ela vai e faz o serviço que era para outro fazer” (US3).</p> <p>“[...] sempre nessa reunião, quando era quinta-feira na glicemia, para medir pressão e tal...” (US5).</p> <p>“[...] acabei de citar ainda agora. Quando havia às quintas-feiras, a medição de glicemia e pressão, sempre era tratado” (US5).</p> <p>“[...] o profissional falava de prevenção nos grupos, eu já participei. Não tem mais” (US2).</p> <p>“[...] melhorou por um lado e por outro piorou, porque volta e meia nós chegamos lá e aí fui marcar a consulta do nenês, “está sem sistema. Você tem que vir outra hora.” E quando era manuscrito, não tinha isso” (US3).</p> <p>“[...] porque o aparelho de medir pressão está quebrado...” (US10).</p>

		<p>“[...] às vezes falta o aparelho de pressão, para tirar pressão. E às vezes também as fitinhas de colher o sangue, quer dizer, o insumo, não é tudo que tem. Para fazer o exame ginecológico, aquele, o papa... Então, a enfermeira, ela tem que tirar do próprio dinheiro... Todos eles, ali, funcionários cooperam para poder não deixar os pacientes sem, porque então é difícil...” (US7).</p> <p>“[...] o material, tem muitos que estão quebrados. Mesmo assim, ela atende, tenta fazer” (US8).</p> <p>“[...] a moça falou para nós ontem que exatamente precisa melhorar lá nessa área do dentista. Que está faltando muitas coisas, e materiais, e etc. E, precisa melhorar, e precisa que tenha isso que está faltando... [...] ainda estava faltando o aparelhinho para tirar o sangue, só tinha para quem está tomando insulina” (US12).</p> <p>“[...] dia de quinta-feira sempre tinha... dia de quinta-feira tinha essas palestras sobre formas de melhorar a qualidade de vida e os cuidados” (US7).</p>
--	--	---

Quadro D1 - Unidades de registro das subcategorias obtidas da análise de conteúdo das entrevistas dos usuários do serviço (continuação).

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registro
<p>Integralidade do Cuidado</p>	<p>Estrutura física da unidade</p>	<p>“Os grupos de diabéticos e hipertensos não existem mais, no momento agora, porque eles tiveram que ceder a sala para outras pessoas. Então, foi cancelado” (US5).</p> <p>“[...] veio uma outra equipe, e aí, a sala que era para fazer a reunião conosco foi cedida para essa outra equipe” (US2).</p> <p>“[...] acabaram os grupos, até porque agora lá não tem onde fazer mais...” (US6).</p> <p>“[...] percebi que cresceu o atendimento. [...] que tinham os grupos, lá ainda ficou um espaço assim menor, mas eles fizeram mais duas salas. (US9).</p>
	<p>Mudanças com a nova PNAB e portaria 77 e 78 – SES DF</p>	<p>“[...] o atendimento em si já foi bem melhor [...] como eles agora colocaram outra equipe, ou seja, outros locais para vir atender aqui, então diminuiu um pouco o atendimento prestado para a pessoa em si e que teve que reparticipar para várias pessoas” (US1).</p>
<p>Acolhimento</p>	<p>Profissional que realiza</p>	<p>“[...] eu acho assim, que o atendimento teria que ser pelo funcionário da unidade, não pelo vigilante” (US2).</p> <p>“[...] aí, vamos chegando, e vamos sentando ali, já estão as cadeiras, aí nós nos sentamos e fica de espera. Aí, vem as enfermeiras e aí resolve tudo” (US12).</p> <p>“[...] tem o guarda, o guardinha que fica lá. Ele entrega a senha e já ajuda. Ele entrega a senha, conforme vão chegando os pacientes, para organizar...” (US11).</p> <p>“[...] sempre o guarda está lá para dar a senha, tanto para quem é marcado, para que não é marcado, entendeu? [...] senta todo mundo lá e aí ela começa a chamar. E aí, você vai lá dentro pesar, primeiro ela chama os que estão marcados, depois o acolhimento. Aí, vai lá dentro, pesa, mede pressão, e tudo” (US6).</p>

Quadro D1 - Unidades de registro das subcategorias obtidas da análise de conteúdo das entrevistas dos usuários do serviço (conclusão).

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registro
Acolhimento	Funcionamento	<p>“[...] eu queria falar a respeito de um encaixe. É aquele negócio, você chega aí o guardinha chega em você e fala assim, se você tem consulta marcada. Aí se você tem, ele te dá senha. Aí, se você não tem, ele manda você voltar outro dia. Ele não procura se você está passando muito mal para você ser atendido no mesmo dia, ou o que ele pode fazer, ele manda você voltar no outro dia” (US1).</p> <p>“[...] eu fui uma vez para encaixe, já foi diferente [...] quem me atendeu não foi o guardinha, foi a enfermeira de lá, ela falou assim “então você vai lá, busca as crianças que a médica já atende”. Aí, eu fui em casa, busquei os meninos, voltei e ela já atendeu. Então, com relação ao encaixe, eu também não tenho o que reclamar [...] se puder para o mesmo dia, comigo elas marcam para o mesmo dia” (US3).</p> <p>“[...] o que eu gosto também é do acolhimento. Porque eu já precisei em momentos bem difíceis e cheguei e fui muito bem acolhida. Porque diferente de uns outros, eu acho lá um lugar que é onde tem um bom atendimento. Poderia ser melhor, queremos que seja melhor. Mas aí não depende dos funcionários, precisa de mais algo” (US7).</p> <p>“[...] eu acho que eles fazem de tudo, como eu falei antes, temos um bom acolhimento e eles tratam muito bem as pessoas. Que nós já vamos para o hospital, já vai doente, e você chegar e encontrar mais complicações, mas está bom. Lá eles tratam muito bem de mim” (US7).</p> <p>“[...] é por isso que eu falei do acolhimento que é bom, que você, você se sente à vontade para dizer o que é que tem...” (US7).</p>

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Saúde Coletiva



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE *Para profissionais de saúde*

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa: “Análise da implementação da Estratégia Saúde da Família em uma Unidade de Saúde do Distrito Federal”, sob a responsabilidade da pesquisadora Eleonora Lopes da Costa. O projeto é importante porque nunca foi realizado um estudo que avaliasse o atendimento prestado aos pacientes nessa unidade de saúde.

O objetivo desta pesquisa é avaliar como está sendo realizado o atendimento aos pacientes nos seguintes aspectos: visitas domiciliares e atendimento prestado pela equipe de saúde. O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome e seus dados serão mantidos no mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-los.

A sua participação se dará por meio de entrevista individual ou em grupo de 7 pessoas e a mesma será gravada para posterior análise. Em relação à entrevista, caso você considere que alguma das questões lhe ocasione algum constrangimento, de qualquer natureza, você tem o direito de recusar-se a responder tais questões. Caso você queira desistir de sua participação, mesmo após o aceite do termo de consentimento para participação na entrevista ou no grupo, seus direitos serão preservados. O tempo estimado para a realização da entrevista é de 45 minutos a 1 hora e para os grupos de sete pessoas, a duração será de 2 horas.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são preocupação ou constrangimento em responder alguma pergunta, desconforto, cansaço, ansiedade, perda de paciência, receio de responder algo que o comprometa profissionalmente, vontade de sair do local ou que o evento acabe. Se você aceitar participar, estará contribuindo para o planejamento das ações de melhoria da oferta dos serviços locais. Assim, tanto a população quanto a equipe de profissionais que atuam nessa Unidade poderão ser beneficiados.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pela pesquisadora responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda da pesquisadora por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para Eleonora Lopes da Costa no telefone 984360604 ou para Denise Furlanetto no telefone 982074404, disponíveis inclusive para ligação a cobrar. O contato pode ser também pelos seguintes emails: elolopescosta@gmail.com ou dlefurla@hotmail.com

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Além disso, como a Secretaria de Estado de Saúde é co-participante desta pesquisa, este projeto também foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante de pesquisa também podem ser obtidos por meio do telefone: (61) 3325-4955.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisadora responsável e a outra com o (a) Senhor (a).

Nome / assinatura

Pesquisadora Responsável

Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS USUÁRIOS DO SERVIÇO

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Saúde Coletiva



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE Para usuários do serviço

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa: “Análise da implementação da Estratégia Saúde da Família em uma Unidade de Saúde do Distrito Federal”, sob a responsabilidade da pesquisadora Eleonora Lopes da Costa. O projeto é importante porque nunca foi realizado um estudo que avaliasse o atendimento prestado aos pacientes nessa unidade de saúde.

O objetivo desta pesquisa é avaliar como está sendo realizado o atendimento aos pacientes nos seguintes aspectos: visitas domiciliares e atendimento prestado pela equipe de saúde. O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome e seus dados serão mantidos no mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-los. Seu prontuário tem dados que são importantes para a pesquisa, e por esse motivo, pedimos sua autorização para retirada de informações quando necessário.

A sua participação se dará por meio de entrevista individual ou em grupo de 7 pessoas e a mesma será gravada para posterior análise. Em relação à entrevista, caso você considere que alguma das questões lhe ocasione algum constrangimento, de qualquer natureza, você tem o direito de recusar-se a responder tais questões. Caso você queira desistir de sua participação, mesmo após o aceite do termo de consentimento para participação na entrevista ou no grupo, você será atendido, pois isso é seu direito. O tempo previsto para a realização da entrevista é de 45 minutos a 1 hora e para os grupos de 7 pessoas, a duração será de 2 horas.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são preocupação ou constrangimento em responder alguma pergunta, desconforto, cansaço, ansiedade, perda de paciência, vontade de sair do local ou que o evento acabe. Se você aceitar participar, estará contribuindo para a melhoria do atendimento à sua saúde.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pela pesquisadora responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda da pesquisadora por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para Eleonora Lopes da Costa no telefone 984360604 ou para Denise Furlanetto no telefone 982074404, disponíveis inclusive para ligação a cobrar. O contato pode ser também pelos seguintes emails: elolopescosta@gmail.com ou diefurla@hotmail.com

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Além disso, como a Secretaria de Estado de Saúde é co-participante desta pesquisa, este projeto também foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante de pesquisa também podem ser obtidos por meio do telefone: (61) 3325-4955.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisadora responsável e a outra com o(a) Senhor(a).

Nome / assinatura

Pesquisadora Responsável
Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE G – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Saúde Coletiva



Termo de Autorização para Utilização de Som de Voz para fins de pesquisa

Eu, _____, autorizo a utilização do som de minha voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado "Análise da implementação da Estratégia Saúde da Família em uma Unidade de Saúde do Distrito Federal", sob responsabilidade de Eleonora Lopes da Costa vinculado(a) ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

O som de minha voz pode ser utilizado apenas para análise por parte da pesquisadora, para que a mesma faça a análise dos dados coletados.

Tenho ciência de que não haverá divulgação do som de minha voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitadas acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação aos sons de minha voz são de responsabilidade da pesquisadora responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, do som de minha voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

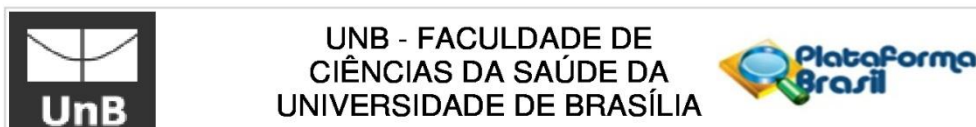
Assinatura do (a) participante

Nome e Assinatura da pesquisadora

Brasília, ____ de _____ de _____

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO COM APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise da implementação da Estratégia Saúde da Família em uma Unidade de Saúde do Distrito Federal.

Pesquisador: ELEONORA LOPES DA COSTA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 81227017.8.0000.0030

Instituição Proponente: FACULDADE DE SAÚDE - FS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.570.964

Apresentação do Projeto:

"Resumo:

O Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu no Brasil em 1994, visando reformular o modelo assistencial em saúde, que estava centrado na doença e no médico. Em 2006, o PSF deixou de ser um programa e passou a ser uma estratégia permanente na atenção básica à saúde. O princípio mais importante dessa estratégia é que a saúde deva ser garantida como um direito de todo o cidadão e um dever do Estado. Segundo o Ministério da Saúde, a unidade básica de saúde está destinada a fornecer ao cidadão uma atenção contínua no nível de proteção social básica, através de uma equipe multiprofissional habilitada a desenvolver atividades de promoção, proteção e recuperação à saúde. O presente estudo propõe uma pesquisa de natureza qualitativa, que objetiva avaliar a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) em uma Unidade de Saúde do Distrito Federal. A metodologia inclui a realização de entrevistas semi-estruturadas e/ou grupos focais para os profissionais de saúde da unidade e para os usuários que são atendidos nesta Unidade Básica de Saúde. Através de entrevistas, anseia-se analisar qual a percepção dos usuários de saúde e dos profissionais de saúde da equipe multidisciplinar acerca dos seguintes temas: acolhimento, integralidade da atenção e trabalho realizado pela equipe dos profissionais em saúde. Após a coleta e transcrição dos dados, será feita a análise comparativa dos dados obtidos dessas duas populações de participantes. A partir disso, pretende-se propor melhorias e adequações ao serviço de saúde prestado à população. Com essa pesquisa, pretende-se apreender

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

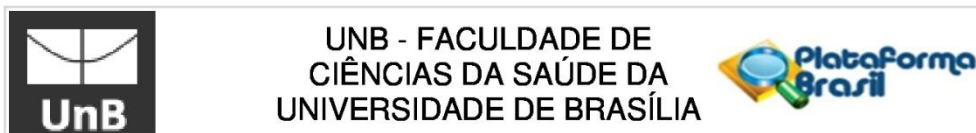
CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.570.964

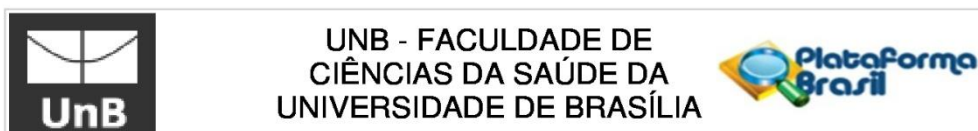
com veracidade a percepção tanto dos usuários do serviço, quanto dos profissionais de saúde acerca do atendimento oferecido. Espera-se traçar um perfil do atendimento nas esferas dos temas escolhidos: acolhimento do usuário, trabalho em equipe multidisciplinar de saúde e atenção integral à saúde. Por fim, almeja-se conseguir detectar o que possa ser melhorado ou implementado ao serviço prestado por essa unidade. "

Metodologia Proposta:

"O presente estudo é de natureza qualitativa. Optou-se por esse método, porque o mesmo permite a apreensão das percepções, crenças e valores das pessoas sobre as diferentes situações vivenciadas no cotidiano da ESF. Os recursos metodológicos empregados serão entrevistas semiestruturadas e/ou grupos focais com os profissionais de saúde que compõem o quadro da equipe multidisciplinar da Unidade Básica de Saúde (UBS), incluindo os temas: acolhimento, integralidade da atenção e trabalho em equipe.

Primeiramente serão realizadas entrevistas, e a partir dos resultados obtidos, será definida a pertinência de realização de grupo focal com esse público. Serão realizados 3 grupos focais com usuários atendidos nesta UBS, representantes das quadras que são atendidas por esta Unidade Básica de Saúde, para a abordagem das seguintes categorias: acolhimento; integralidade da atenção e trabalho em equipe. Cada grupo focal contará com 7 participantes da comunidade, que representem as famílias adscritas na equipe. Foi selecionado esse percurso metodológico de abordagem qualitativa através de grupos focais para os usuários, por ser uma técnica que permite obter opiniões que não poderiam ser reveladas em um questionário. Flick (2009) ao comentar sobre grupos focais, cita que as principais vantagens das entrevistas nesse método, referem-se ao seu baixo custo e sua riqueza de dados, pelo fato de estimularem os respondentes e auxiliarem-nos a lembrar de acontecimentos, e à capacidade de ir além dos limites de respostas de um único entrevistado. Para aumentar a possibilidade de participação nas discussões de todos os presentes, garantir a heterogeneidade no processo e as diferentes necessidades em saúde, pretende-se organizar os 3 grupos com a seguinte composição: um composto por adultos jovens, um por adultos e um por idosos. Posteriormente, a depender dos dados obtidos dos grupos focais, representantes de famílias de cada uma das quadras adscritas na UBS poderão ser convidados para a entrevista semi-estruturada. Será utilizado um roteiro de entrevista para os profissionais de saúde (anexo 1) e um roteiro para nortear o mediador no desenvolvimento do grupo focal (anexo 2). As

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.570.964

entrevistas serão gravadas e terão seu conteúdo transcrito, para melhor exploração dos dados em momento posterior. Os entrevistadores, tanto para realização das entrevistas semi-estruturadas, quanto para o grupo focal dirigidas aos usuários, serão colaboradores a serem selecionados e capacitados pela pesquisadora responsável pelo estudo. Após a coleta dos dados, será realizada a análise de conteúdo, a partir da transcrição integral das entrevistas e dos grupos focais. A seguir, será feita uma leitura flutuante dos textos, para permitir uma familiarização do pesquisador com os dados obtidos (Bardin, 2009). Para a definição dos temas, foi empregado o procedimento de caixas, definido por Bardin (2009) como um sistema em que as categorias são pré-definidas, baseadas em hipóteses teóricas. Neste estudo, as categorias temáticas foram definidas a partir de especificidades que melhor caracterizassem a estratégia Saúde da Família. Na sequência, serão determinadas subcategorias e unidades de registro. Ao final, pretende-se realizar para cada tema abordado, uma comparação para a identificação das convergências e divergências que ocorrerão da percepção dos usuários e equipe."

"Haverá uso de fontes secundárias de dados (prontuários, dados demográficos, etc)? Sim"

"Detalhamento: Para verificar se o participante mora na área atendida pelo serviço de saúde da unidade há pelo menos 1 ano, se o mesmo procurou o serviço de saúde desta unidade por pelo menos uma vez e se possui família com no mínimo uma criança, um adulto jovem, um adulto e um idoso."

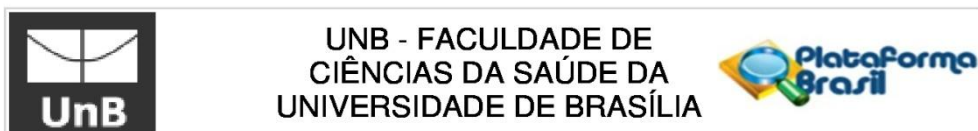
"ID Grupo

- entrevista semiestruturada - nº de Indivíduos: 10 - Intervenções a serem realizadas: entrevistas com roteiro;
- grupo focal - nº de Indivíduos: 21 - Intervenções a serem realizadas: entrevistas em grupo com roteiro de entrevistas.

"Critério de Inclusão:

Os seguintes critérios de inclusão para o usuário serão estabelecidos: o usuário a ser convidado para participar da pesquisa precisa ter sua família cadastrada na Unidade de Saúde há no mínimo um ano; o usuário deverá ter procurado o serviço de saúde desta Unidade ao menos uma vez; pertencer a uma família que possua em sua composição no mínimo uma criança, um adulto jovem, um adulto e um idoso, para ampliar a possibilidade de representação dos participantes em diferentes necessidades de saúde. Para que haja representatividade, serão escolhidos o mesmo

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.570.964

número de participantes das três quadras que são atendidas por esta Unidade Básica de Saúde. O critério de inclusão para os profissionais de saúde para participar da pesquisa, é que o profissional seja médico, enfermeiro, técnico em saúde bucal, técnico de enfermagem ou o agente comunitário e que trabalhe na equipe multidisciplinar de saúde, no quadro de funcionários da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Todos os profissionais de saúde da equipe da referida Unidade de Saúde serão convidados a participar da pesquisa.

Critério de Exclusão:

O critério de exclusão para o usuário, será não ter idade mínima de 18 anos. O critério de exclusão para os profissionais de saúde é fazer parte da equipe multidisciplinar de saúde há menos de um ano."

Tamanho da Amostra no Brasil: 50.

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário:

Analisar a implementação da Estratégia Saúde da Família em uma Unidade Básica de Saúde de uma região do DF

Objetivo Secundário:

Apreender a percepção do usuário sobre a oferta dos serviços da unidade, com abordagem aos temas acolhimento, integralidade da atenção e atuação da equipe multiprofissional. Apreender a percepção dos profissionais de saúde da equipe sobre a oferta dos serviços da unidade, com abordagem aos temas acolhimento, integralidade da atenção e atuação da equipe multiprofissional. Realizar análise comparativa dos dados obtidos de usuários e profissionais de saúde. Propor melhorias ao serviço ofertado, considerando as convergências e divergências, sob a ótica dos usuários do serviço e dos profissionais de saúde da equipe."

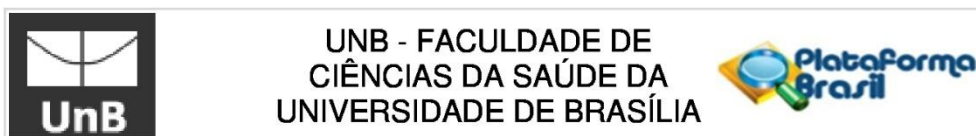
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora:

"Riscos:

Os riscos decorrentes da participação para o usuário nesta pesquisa, podem estar vinculados a alguma preocupação ou constrangimento em responder alguma pergunta, desconforto, cansaço,

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.570.964

ansiedade, perda de paciência, vontade de se retirar do local ou que o evento acabe. Para minimizar os possíveis riscos, o usuário do serviço será esclarecido de que poderá solicitar, a qualquer momento, sua saída do estudo. Ainda, será reforçado que todo o sigilo e anonimato serão garantidos aos participantes, e o esclarecimento de que tais garantias estão formalizadas por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assim como a autorização para a gravação das entrevistas, por meio do Termo de Autorização para Utilização de Som de sua voz. Os riscos decorrentes da participação para o profissional de saúde nesta pesquisa, podem estar vinculados a alguma preocupação ou constrangimento em responder alguma pergunta, desconforto, cansaço, ansiedade, perda de paciência, receio de responder algo que o comprometa profissionalmente e vontade de se retirar do local ou que o evento acabe. Para minimizar os possíveis riscos, todo profissional de saúde participante da pesquisa, será esclarecido de que poderá solicitar, a qualquer momento, sua saída do estudo. Ainda, será reforçado que todo o sigilo e anonimato serão garantidos a estes, e o esclarecimento de que tais garantias estão formalizadas por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assim como na autorização para a gravação das entrevistas, por meio do Termo de Autorização para Utilização de Som de sua voz.

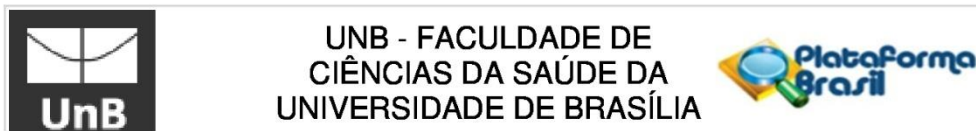
Benefícios:

Em relação aos benefícios, os usuários do serviço poderão oferecer contribuições que tem o potencial de subsidiar o planejamento de intervenções para a melhoria da oferta dos serviços locais, pautado nas percepções e experiências vivenciadas no serviço. Assim, toda a população adscrita e equipe de profissionais que atuam nessa Unidade poderão ser beneficiados. Em relação aos benefícios, os profissionais poderão oferecer contribuições que tem o potencial de subsidiar o planejamento de intervenções para a melhoria da oferta dos serviços locais, pautado nas percepções e experiências vivenciadas no serviço. Com isso, a rotina e qualidade de trabalho poderão impactar positivamente na vida profissional dos mesmos. Assim, essa proposta de pesquisa tem o potencial de beneficiar toda a população adscrita e equipe de profissionais que atuam nessa Unidade."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de Pesquisa de Eleonora Lopes da Costa para o Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde/UnB, sob a orientação da Profa. Dra. Denise de L. Costa Furlanetto. No cronograma, apresenta atividades de entrevista e coleta de dados de 02 de abril a 27 de

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.570.964

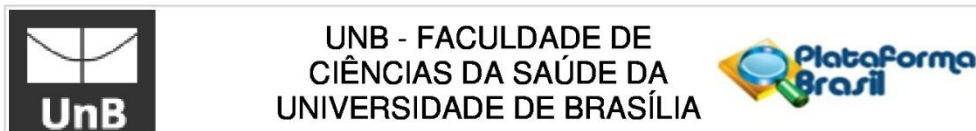
dezembro de 2018. Informa orçamento financeiro de R\$ 665,00, com financiamento próprio.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos analisados para emissão do presente parecer:

1. PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1047287.pdf - anexado na Plataforma Brasil em 10 mar 2018 – apresenta o Projeto em questão em sua versão resumida.
2. Projeto_integra.pdf - anexado na Plataforma Brasil em 10 mar 2018 - projeto da pesquisa em avaliação neste CEP/FS na versão PDF.
3. Projeto_integra.docx - anexado na Plataforma Brasil em 10 mar 2018 - projeto da pesquisa em avaliação neste CEP/FS na versão Word.
4. TCLE_usuarios.pdf - anexado na Plataforma Brasil em 10 mar 2018 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE a ser apresentado aos participantes “usuários” da pesquisa, versão em PDF.
5. TCLE_usuarios.docx - anexado na Plataforma Brasil em 10 mar 2018 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE a ser apresentado aos participantes “usuários” da pesquisa, versão em Word.
6. TCLE_profissionais.pdf - anexado na Plataforma Brasil em 10 mar 2018 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE a ser apresentado aos participantes “profissionais” da pesquisa, em versão PDF.
7. TCLE_profissionais.docx - anexado na Plataforma Brasil em 10 mar 2018 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE a ser apresentado aos participantes “profissionais” da pesquisa, em versão Word.
8. curriculo_eleonora.pdf - anexado na Plataforma Brasil em 10 mar 2018 – currículo da Plataforma Lattes de Eleonora Lopes da Costa, com última atualização em 08 fev 2018, obtido em 12 fev 2018.
9. som_1.pdf - anexado na Plataforma Brasil em 10 mar 2018 - Termo de Autorização para Utilização de Som de Voz para fins de pesquisa, em PDF
10. som_1.docx - anexado na Plataforma Brasil em 10 mar 2018 - Termo de Autorização para Utilização de Som de Voz para fins de pesquisa, em Word.
11. Carta_resposta.pdf - anexado na Plataforma Brasil em 10 mar 2018 - CARTA EM RESPOSTA ÀS PENDÊNCIAS APONTADAS PELO CEP - Carta datada em 08 mar 2018 com respostas às pendências apontadas pelo CEP/FS, Parecer Consubstanciado CEP/FS nº 2.480.717/ Versão 1, de 05 mar 2018, em versão PDF.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.570.964

12. Carta_resposta.docx - anexado na Plataforma Brasil em 10 mar 2018 – CARTA EM RESPOSTA ÀS PENDÊNCIAS APONTADAS PELO CEP - Carta datada em 08 mar 2018 com respostas às pendências apontadas pelo CEP/FS, Parecer Consubstanciado CEP/FS nº 2.480.717/ Versão 1, de 05 mar 2018, em versão Word.

Recomendações:

Não se aplicam.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise das respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado No. 2.480.717:

1. Não foram apontados no item Critério de Inclusão e de Exclusão os tópicos relativos aos profissionais de Saúde que participarão da pesquisa. Solicita-se incluir nos Critérios de Inclusão e de Exclusão de participante as informações relativas aos participantes profissionais de Saúde. Tais informações devem estar contidas nos documentos "Projeto_integra2.pdf" e "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1047287.pdf". Ainda, ressalta-se que critérios de exclusão não são negativas dos critérios de inclusão. Para que o participante de pesquisa seja excluído, este deve ser inicialmente incluído.

RESPOSTA – "Foram apontados no Item Critérios de inclusão e exclusão dos participantes da pesquisa, os tópicos relativos aos profissionais de saúde, tanto critérios de inclusão, quanto de exclusão para os profissionais de saúde. Tais informações foram incluídas tanto no Projeto na Íntegra (parágrafos 6 e 7 da página 11 e parágrafos 1 e 2 da página 12), quanto nas Informações Básicas do Projeto (a ser gerada pela Plataforma Brasil), conforme solicitado no parecer."

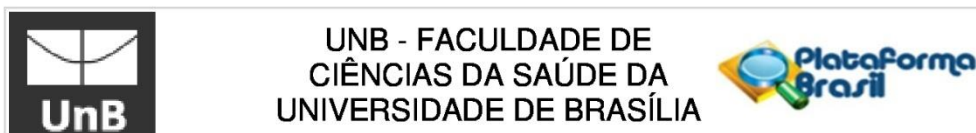
ANÁLISE – Os critérios de inclusão e exclusão foram apresentados e constam dos documentos citados.

PENDÊNCIA ATENDIDA

2. Solicita-se revisar a Análise de Riscos e Benefícios, apontando separadamente os riscos e benefícios para os dois grupos de participantes da pesquisa, que sejam os (1) profissionais de Saúde e os (2) usuários do serviço. Tais informações devem estar contidas nos documentos "Projeto_integra2.pdf", "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1047287.pdf" e no "TCLE2.pdf".

RESPOSTA – "Após feita a revisão do item Análise de riscos e benefícios, apontou-se; separadamente, os riscos e benefícios para os dois grupos de participantes da pesquisa, ou seja, os profissionais de saúde e os usuários do serviço. Essas informações foram inseridas nos

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.570.964

documentos Projeto na Íntegra (parágrafos 3, 4, 5 e 6 da página 12 e parágrafos 1, 2 e 3 da página 13), Informações Básicas do Projeto (a ser gerada pela Plataforma Brasil), no TCLE do usuário do serviço e no TCLE do profissional de saúde."

ANÁLISE – Foi revisada a Análise de Riscos e Benefícios e incorporada nos documentos citados.

PENDÊNCIA ATENDIDA

3. Quanto ao TCLE, solicita-se:

a) elaborar e incluir na Plataforma Brasil um TCLE para cada grupo de participantes da pesquisa (um para usuários e outro para profissional de saúde), constando as atividades a serem realizadas pelos participantes, local e tempo envolvidos, riscos e benefícios, dentre outras informações previstas; **RESPOSTA** - "Foi incluído na Plataforma Brasil, um TCLE para cada grupo de participante da pesquisa, informando as atividades a serem realizadas, o local e tempo envolvidos, riscos e benefícios e demais informações relevantes,"

ANÁLISE – **PENDÊNCIA ATENDIDA**

b) Fazer constar no TCLE dos usuários de que ele autoriza a utilização do prontuário para retirada de informações, conforme aponta o documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1047287.pdf";

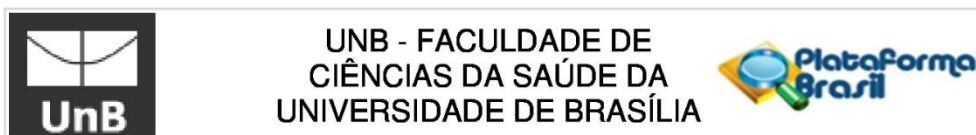
RESPOSTA - "Foi incluído no TCLE do usuário informações sobre o seu prontuário, onde pode ser lido "Seu prontuário tem dados que são importantes para a pesquisa, e por esse motivo, pedimos sua autorização para retirada de informações quando necessário". "

ANÁLISE – **PENDÊNCIA ATENDIDA**

c) retirar, substituir ou explicar os termos como "integralidade da atenção", "grupos focais", "seu nome aparecerá", "seus direitos serão preservados", "estará contribuindo para o planejamento das ações de melhoria da oferta dos serviços locais", dentre outros, que podem dificultar o entendimento por parte dos participantes da pesquisa, entendendo que não foram identificados os critérios de inclusão de participantes do serviço de Saúde e, no também no caso dos usuários, podemos ter formação educacional e entendimento díspares.

RESPOSTA – "No TCLE dos usuários e dos profissionais, foram retirados os termos que causavam interpretações confusas e que não fossem entendidos pelos participantes da pesquisa. Esses termos, quando necessários, foram substituídos por termos que fossem de claro entendimento

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.570.964

para cada grupo participante da pesquisa com suas particularidades. "

ANÁLISE – PENDÊNCIA ATENDIDA

4. Solicita-se retirar do documento imagem_som2.pdf o conteúdo que se refere a autorização para utilização de imagem, como "autorizo a utilização da minha imagem" e "Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz. ", por não estar prevista na metodologia descrita pela Pesquisadora.

RESPOSTA – "Foi retirado do documento imagem e som, todo o conteúdo que se referia à utilização de imagem, por não estar prevista essa metodologia. Ficando, portanto, somente termos que se referem à autorização de som de voz para fins de pesquisa, instrumento este que será utilizado na pesquisa."

ANÁLISE – PENDÊNCIA ATENDIDA

5. Solicita-se a atualização do currículo da Pesquisadora Eleonora Lopes da Costa, considerando que o documento apresentado informa "Última atualização do currículo em 29/04/2010".

RESPOSTA – "O currículo da Pesquisadora foi devidamente atualizado no Sistema Lattes."

ANÁLISE – PENDÊNCIA ATENDIDA

Considerações Finais a critério do CEP:

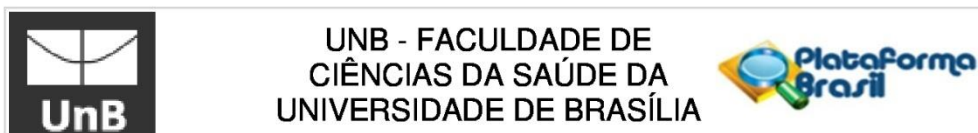
Conforme a Resolução CNS 466/2012, itens X.1 - 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1047287.pdf	10/03/2018 17:46:21		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_integra.pdf	10/03/2018 17:34:54	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_integra.docx	10/03/2018 17:34:37	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_usuarios.pdf	10/03/2018 17:32:10	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947

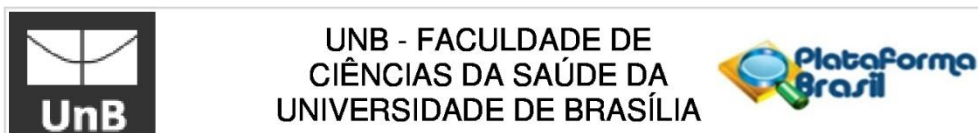
E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.570.964

Justificativa de Ausência	TCLE_usuarios.pdf	10/03/2018 17:32:10	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_usuarios.docx	10/03/2018 17:31:58	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais.pdf	10/03/2018 17:31:11	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais.docx	10/03/2018 17:30:56	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
Outros	curriculo_eleonora.pdf	10/03/2018 17:29:42	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
Outros	som_1.pdf	10/03/2018 17:28:26	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
Outros	som_1.docx	10/03/2018 17:28:06	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
Outros	Carta_resposta.pdf	10/03/2018 17:27:15	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
Outros	Carta_resposta.docx	10/03/2018 17:26:23	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
Outros	Encaminhamento2.pdf	11/12/2017 12:04:01	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
Outros	encaminhamento1.doc	11/12/2017 11:59:51	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA2.pdf	11/12/2017 11:28:31	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA1.docx	11/12/2017 11:27:27	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termocompromisso2.pdf	09/12/2017 11:50:12	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
Outros	curriculo_denise.pdf	09/12/2017 11:35:40	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
Orçamento	orcamento2.pdf	09/12/2017 11:14:56	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
Orçamento	orcamento1.doc	09/12/2017 11:13:57	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termocompromisso1.doc	09/12/2017 11:09:51	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	superintendencia2.pdf	09/12/2017 11:09:09	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
Declaração de Instituição e	Superintendencia1.docx	09/12/2017 11:08:42	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro**Bairro:** Asa Norte**CEP:** 70.910-900**UF:** DF**Município:** BRASILIA**Telefone:** (61)3107-1947**E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.570.964

Infraestrutura	Superintendencia1.docx	09/12/2017 11:08:42	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Diretoria2.pdf	09/12/2017 11:05:38	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Diretoria1.doc	09/12/2017 11:05:06	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	09/12/2017 10:56:35	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

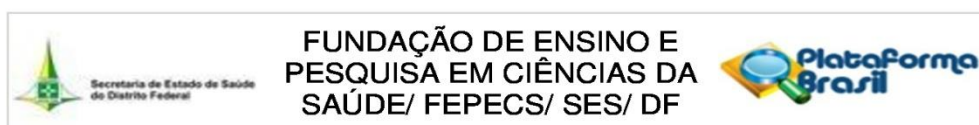
Não

BRASILIA, 29 de Março de 2018

**Assinado por:
Marie Togashi
(Coordenador)**

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

**ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO COM APROVAÇÃO DO COMITÊ
DE ÉTICA EM PESQUISA DA FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO
FEDERAL**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise da implementação da Estratégia Saúde da Família em uma Unidade de Saúde do Distrito Federal.

Pesquisador: ELEONORA LOPES DA COSTA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 81227017.8.3001.5553

Instituição Proponente: Secretaria de Saúde do Distrito Federal

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.616.408

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Projeto de Pesquisa de Mestrado Profissional da FS / UNB (Unidade Proponente), cujo processo já foi analisado e aprovado pelo CEP da UNB; " O Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu no Brasil em 1994, visando reformular o modelo assistencial em saúde, que estava centrado na doença e no médico. Em 2006, o PSF deixou de ser um programa e passou a ser uma estratégia permanente na atenção básica à saúde. O princípio mais importante dessa estratégia é que a saúde deva ser garantida como um direito de todo o cidadão e um dever do Estado. Segundo o Ministério da Saúde, a unidade básica de saúde está destinada a fornecer ao cidadão uma atenção contínua no nível de proteção social básica, através de uma equipe multiprofissional habilitada a desenvolver atividades de promoção, proteção e recuperação à saúde. O presente estudo propõe uma pesquisa de natureza qualitativa, que objetiva avaliar a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) em uma Unidade de Saúde do Distrito Federal. A metodologia inclui a realização de entrevistas semi-estruturadas e/ou grupos focais para os profissionais de saúde da unidade e para os usuários que são atendidos nesta Unidade Básica de Saúde. Através de entrevistas, anseia-se analisar qual a percepção dos usuários de saúde e dos profissionais de saúde da equipe multidisciplinar acerca dos seguintes temas: acolhimento, integralidade da atenção e trabalho realizado pela equipe dos profissionais em saúde. Após a coleta e transcrição dos dados, será feita a análise comparativa dos dados obtidos dessas duas populações de participantes. A partir disso, pretende-se propor melhorias e adequações ao serviço de saúde prestado à população. Com essa

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

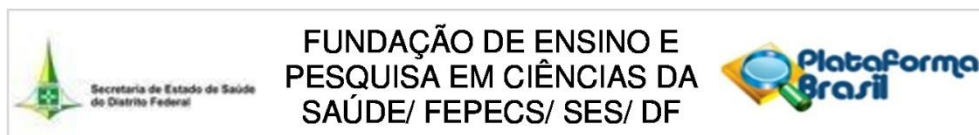
CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4940

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.616.408

pesquisa, pretende-se apreender com veracidade a percepção tanto dos usuários do serviço, quanto dos profissionais de saúde acerca do atendimento oferecido. Espera-se traçar um perfil do atendimento nas esferas dos temas escolhidos: acolhimento do usuário, trabalho em equipe multidisciplinar de saúde e atenção integral à saúde. Por fim, almeja-se conseguir detectar o que possa ser melhorado ou implementado ao serviço prestado por essa unidade."

Objetivo da Pesquisa:

" Hipótese: A equipe multidisciplinar de saúde da unidade básica de saúde tem seu processo de trabalho estabelecido nos preceitos formulados pelo Ministério da Saúde para as equipes de Estratégia da Saúde da Família.

Objetivo Primário: Analisar a implementação da Estratégia Saúde da Família em uma Unidade Básica de Saúde de uma região do DF.

Objetivo Secundário:

Apreender a percepção do usuário sobre a oferta dos serviços da unidade, com abordagem aos temas acolhimento, integralidade da atenção e atuação da equipe multiprofissional. Apreender a percepção dos profissionais de saúde da equipe sobre a oferta dos serviços da unidade, com abordagem aos temas acolhimento, integralidade da atenção e atuação da equipe multiprofissional. Realizar análise comparativa dos dados obtidos de usuários e profissionais de saúde. Propor melhorias ao serviço ofertado, considerando as convergências e divergências, sob a ótica dos usuários do serviço e dos profissionais de saúde da equipe."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

" Riscos: Os riscos decorrentes da participação para o usuário nesta pesquisa, podem estar vinculados a alguma preocupação ou constrangimento em responder alguma pergunta, desconforto, cansaço, ansiedade, perda de paciência, vontade de se retirar do local ou que o evento acabe. Para minimizar os possíveis riscos, o usuário do serviço será esclarecido de que poderá solicitar, a qualquer momento, sua saída do estudo. Ainda, será reforçado que todo o sigilo e anonimato serão garantidos aos participantes, e o esclarecimento de que tais garantias estão formalizadas por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assim como a autorização para a gravação das entrevistas, por meio do Termo de Autorização para Utilização de Som de sua voz. Os riscos decorrentes da participação para o profissional de saúde nesta pesquisa, podem estar vinculados a alguma preocupação ou constrangimento em responder alguma pergunta, desconforto, cansaço, ansiedade, perda de paciência, receio de responder algo que o comprometa profissionalmente e vontade de se retirar do local ou que o evento acabe. Para

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

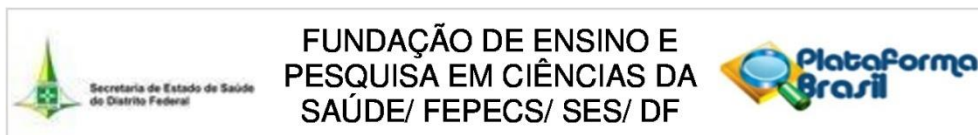
CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4940

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.616.408

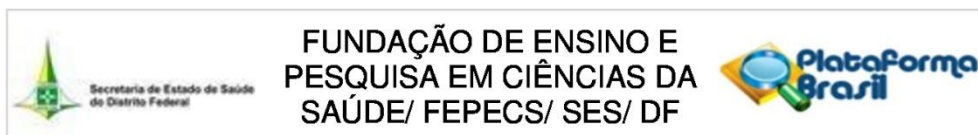
minimizar os possíveis riscos, todo profissional de saúde participante da pesquisa, será esclarecido de que poderá solicitar, a qualquer momento, sua saída do estudo. Ainda, será reforçado que todo o sigilo e anonimato serão garantidos a estes, e o esclarecimento de que tais garantias estão formalizadas por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assim como na autorização para a gravação das entrevistas, por meio do Termo de Autorização para Utilização de Som de sua voz.

Benefícios: Em relação aos benefícios, os usuários do serviço poderão oferecer contribuições que tem o potencial de subsidiar o planejamento de intervenções para a melhoria da oferta dos serviços locais, pautado nas percepções e experiências vivenciadas no serviço. Assim, toda a população adscrita e equipe de profissionais que atuam nessa Unidade poderão ser beneficiados. Em relação aos benefícios, os profissionais poderão oferecer contribuições que tem o potencial de subsidiar o planejamento de intervenções para a melhoria da oferta dos serviços locais, pautado nas percepções e experiências vivenciadas no serviço. Com isso, a rotina e qualidade de trabalho poderão impactar positivamente na vida profissional dos mesmos. Assim, essa proposta de pesquisa tem o potencial de beneficiar toda a população adscrita e equipe de profissionais que atuam nessa Unidade."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

" O presente estudo é de natureza qualitativa. Optou-se por esse método, porque o mesmo permite a apreensão das percepções, crenças e valores das pessoas sobre as diferentes situações vivenciadas no cotidiano da ESF. Os recursos metodológicos empregados serão entrevistas semiestruturadas e/ou grupos focais com os profissionais de saúde que compõem o quadro da equipe multidisciplinar da Unidade Básica de Saúde (UBS), incluindo os temas: acolhimento, integralidade da atenção e trabalho em equipe. Primeiramente serão realizadas entrevistas, e a partir dos resultados obtidos, será definida a pertinência de realização de grupo focal com esse público. Serão realizados 3 grupos focais com usuários atendidos nesta UBS, representantes das quadras que são atendidas por esta Unidade Básica de Saúde, para a abordagem das seguintes categorias: acolhimento; integralidade da atenção e trabalho em equipe. Cada grupo focal contará com 7 participantes da comunidade, que representem as famílias adscritas na equipe. Foi selecionado esse percurso metodológico de abordagem qualitativa através de grupos focais para os usuários, por ser uma técnica que permite obter opiniões que não poderiam ser reveladas em um questionário. Flick (2009) ao comentar sobre grupos focais, cita que as principais vantagens das entrevistas nesse método, referem-se ao seu baixo custo e sua riqueza de dados, pelo fato de estimularem os respondentes e auxiliarem-nos a lembrar de acontecimentos, e à capacidade de

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4940 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.616.408

irem além dos limites de respostas de um único entrevistado. Para aumentar a possibilidade de participação nas discussões de todos os presentes, garantir a heterogeneidade no processo e as diferentes necessidades em saúde, pretende-se organizar os 3 grupos com a seguinte composição: um composto por adultos jovens, um por adultos e um por idosos. Posteriormente, a depender dos dados obtidos dos grupos focais, representantes de famílias de cada uma das quadras adscritas na UBS poderão ser convidados para a entrevista semi-estruturada. Será utilizado um roteiro de entrevista para os profissionais de saúde (anexo 1) e um roteiro para nortear o mediador no desenvolvimento do grupo focal (anexo 2). As entrevistas serão gravadas e terão seu conteúdo transcrito, para melhor exploração dos dados em momento posterior. Os entrevistadores, tanto para realização das entrevistas semi-estruturadas, quanto para o grupo focal dirigidas aos usuários, serão colaboradores a serem selecionados e capacitados pela pesquisadora responsável pelo estudo. Após a coleta dos dados, será realizada a análise de conteúdo, a partir da transcrição integral das entrevistas e dos grupos focais. A seguir, será feita uma leitura flutuante dos textos, para permitir uma familiarização do pesquisador com os dados obtidos (Bardin, 2009). Para a definição dos temas, foi empregado o procedimento de caixas, definido por Bardin (2009) como um sistema em que as categorias são pré-definidas, baseadas em hipóteses teóricas. Neste estudo, as categorias temáticas foram definidas a partir de especificidades que melhor caracterizassem a estratégia Saúde da Família. Na sequência, serão determinadas subcategorias e unidades de registro. Ao final, pretende-se realizar para cada tema abordado, uma comparação para a identificação das convergências e divergências que ocorrerão da percepção dos usuários e equipe."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto: adequada

Termo de Anuência: adequada

Currículos: adequados

Risco e Benefício: adequado

TCLE: adequado

Cronograma e Financiamento: ajustar e detalhar as etapas do cronograma (início 02/04/2018)

Recomendações:

Adequar e detalhar as etapas do Cronograma

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

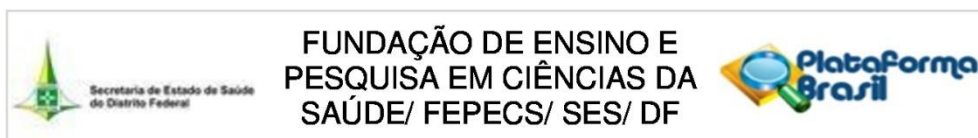
CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4940

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.616.408

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

O pesquisador deverá encaminhar relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do projeto da pesquisa, conforme Resolução CNS/MS n° 466 de 2012.

O presente Parecer de aprovação tem validade de até dois anos, mediante apresentação de relatórios parciais, e após decorrido esse prazo, caso necessário, deverá ser apresentada emenda para prorrogação do cronograma.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1103743.pdf	18/04/2018 12:45:45		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais.doc	13/04/2018 10:34:30	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	13/04/2018 10:31:14	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
Outros	Imagem_som.pdf	13/04/2018 10:30:54	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
Orçamento	plan_orcamento.doc	13/04/2018 10:29:40	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_usuarios.doc	13/04/2018 10:29:21	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
Parecer Anterior	PARECER_CEP_UnB.pdf	13/04/2018	ELEONORA LOPES	Aceito

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

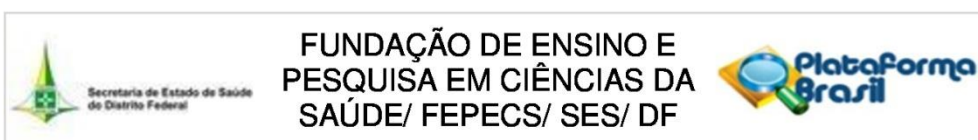
UF: DF

Município: BRASILIA

CEP: 70.710-904

Telefone: (61)3325-4940

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 2.616.408

Parecer Anterior	PARECER_CEP_UnB.pdf	10:28:50	DA COSTA	Aceito
Outros	Co_participacao.pdf	13/04/2018 10:28:31	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	13/04/2018 10:27:49	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
Outros	Compromisso.pdf	13/04/2018 10:27:33	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
Outros	Encaminhamento.pdf	13/04/2018 10:27:00	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
Outros	Vitae_Eleonora.doc	13/04/2018 10:26:02	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
Outros	Vitae_Denise.doc	13/04/2018 10:25:43	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
Outros	lattes_eleonora.docx	13/04/2018 10:25:16	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
Outros	lattes_denise.docx	13/04/2018 10:24:54	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
Outros	Folha_Rosto.pdf	13/04/2018 10:23:17	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_integra.pdf	10/03/2018 17:34:54	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_integra.docx	10/03/2018 17:34:37	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_usuarios.pdf	10/03/2018 17:32:10	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_usuarios.docx	10/03/2018 17:31:58	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais.pdf	10/03/2018 17:31:11	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais.docx	10/03/2018 17:30:56	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
Outros	curriculo_eleonora.pdf	10/03/2018 17:29:42	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
Outros	som_1.pdf	10/03/2018 17:28:26	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
Outros	som_1.docx	10/03/2018 17:28:06	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

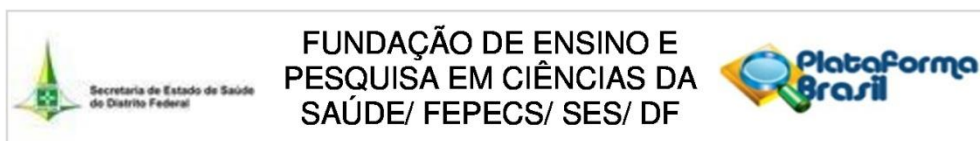
UF: DF

Município: BRASILIA

CEP: 70.710-904

Telefone: (61)3325-4940

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.616.408

Outros	Carta_resposta.pdf	10/03/2018 17:27:15	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
Outros	Carta_resposta.docx	10/03/2018 17:26:23	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
Outros	Encaminhamento2.pdf	11/12/2017 12:04:01	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
Outros	encaminhamento1.doc	11/12/2017 11:59:51	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito
Outros	curriculo_denise.pdf	09/12/2017 11:35:40	ELEONORA LOPES DA COSTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 24 de Abril de 2018

Assinado por:
Marcondes Siqueira Cameiro
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

UF: DF

Município: BRASILIA

CEP: 70.710-904

Telefone: (61)3325-4940

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com