

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – UNIOESTE
CAMPUS DE CASCAVEL
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM BIOCÊNCIAS E
SAÚDE – NÍVEL MESTRADO

ANNA LUISA FINKLER

**O PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE DA CRIANÇA EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE E
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

CASCAVEL-PR
(Fevereiro/2014)

ANNA LUISA FINKLER

**O PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE DA CRIANÇA EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE E
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa De Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Biociências e Saúde – Nível Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde.

Área de concentração: Biologia, processo saúde-doença e políticas de saúde

ORIENTADOR: Prof^a. Dra. Beatriz Rosana

Gonçalves de Oliveira Toso

CO-ORIENTADOR: Prof^a. Dra. Cláudia

Silveira Viera

CASCADEL-PR

(Fevereiro/2014)

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Ficha catalográfica elaborada por Jeanine da Silva Barros CRB-9/1362

F535p Finkler, Anna Luisa
O processo de trabalho na atenção primária à saúde da criança em unidade básica de saúde e unidade de saúde da família. / Anna Luisa Finkler — Cascavel, PR: UNIOESTE, 2014.
191 p. ; 30 cm.

Orientadora: Profa. Dra. Beatriz Rosana de Oliveira Toso
Co-orientadora: Profa. Dra. Claudia Silveira Vieira
Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná.
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Biociências e Saúde, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.
Bibliografia.

1. Enfermagem pediátrica. 2. Avaliação dos serviços de saúde. 3. Condições de trabalho. 4. Atenção primária à saúde. 5. Criança. I. Universidade Estadual do Oeste do Paraná. II. Título.

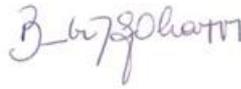
CDD 21.ed. 610.7362

ANNA LUISA FINKLER

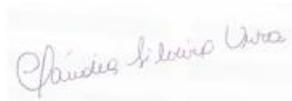
O PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE E UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde e aprovada em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora.

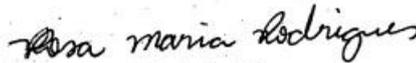
Orientador:



Prof^ª. Dra. Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso
UNIOESTE



Prof^ª. Dra. Cláudia Silveira Viera
UNIOESTE



Prof^ª. Dra. Rosa Maria Rodrigues
UNIOESTE



Prof^ª. Dra. Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla
UEL

CASCADEL-PR

(Fevereiro/2014)

Dedico essa dissertação aos trabalhadores de saúde, atuantes na Atenção Primária à Saúde e defensores do SUS, que assim como eu, enfrentam desafios e obstáculos constantes em busca de valorização e autonomia nos seus espaços de trabalho em prol de uma Saúde Pública digna a todos os brasileiros.

AGRADECIMENTOS

Agradeço:

Às professoras orientadoras Prof^a Dra. Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso e Prof^a. Dra. Cláudia Silveira Viera, primeiramente pelo acolhimento ao Grupo de Pesquisa de Enfermagem Materno-Infantil e também, pela oportunidade única de me conduzir e incentivar a permanecer no Programa, objetivando meu crescimento profissional e pessoal com a realização dessa dissertação. E também, agradeço em especial, a Prof^a “Bia” pela paciência, sugestões, encaminhamentos e orientações valiosas. Sem vocês a concretização desse trabalho não seria possível.

À Universidade Estadual do Oeste do Paraná, na qual me orgulho de ser egressa, por proporcionar pela segunda vez conhecimento e crescimento científico, acadêmico e humano.

Ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Biociências e Saúde, representado pela coordenadora Prof^a Dra. Sandra Balbo, pelo acolhimento e permissão da construção de conhecimento científico, ético e humano.

À banca examinadora, pelas valiosas sugestões, críticas e contribuições, permitindo o enriquecimento da dissertação aqui apresentada.

Aos docentes deste programa, pela contribuição necessária ao desenvolvimento dessa dissertação e das reflexões proporcionadas pelas disciplinas.

Aos colegas de mestrado, alguns, posso denominar de amigos, pelo apoio e incentivo em todos os momentos necessários. Que a amizade aqui construída prevaleça no caminhar de nossas vidas.

À minha família – irmãos, cunhados e sobrinhos, por me apoiar e me proporcionar a estrutura necessária para a concretização dessa etapa.

À família Volpi, minha família na cidade de Cascavel, pelo acolhimento, apoio e incentivo.

Aos sujeitos da pesquisa, pela recepção, compreensão e auxílio na composição dos dados dessa dissertação.

À uma pessoa especial, que sem querer, me deu força e incentivo, fazendo brilhar meus olhos e fazer bater mais forte meu coração...

E, por fim, aos meus queridos e eternos pais, que hoje se encontram no plano espiritual, essa conquista eu dedico a vocês. Em especial, à minha mãe, que permanece sendo meu porto seguro, minha fortaleza, minha luz, pois como diz o saudoso Chico Xavier: “[...] contempla os céus em que mundos inumeráveis nos falam da união sem adeus e ouvirás a voz deles no próprio coração, a dizer-te que não caminharam na direção da noite, mas sim ao encontro do Novo Despertar”.



Saúde da Criança
Maués, AM - 2010

*De tudo, ficaram três coisas:
A certeza de que estamos sempre começando...
A certeza de que precisamos continuar...
A certeza de que seremos interrompidos antes de terminar...
Portanto devemos:
Fazer da interrupção um caminho novo ...
Da queda um passo de dança...
Do medo, uma escada...
Do sonho, uma ponte...
Da procura, um encontro...*

(Fernando Pessoa)

FINKLER, AL. O processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde da criança em unidade básica de saúde e unidade de saúde da família. 2014. 191 f. Dissertação (Mestrado Biociências e Saúde). Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, Paraná, 2014.

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde tem procurado consolidar-se como estratégia para orientar a organização do sistema de saúde e responder às necessidades da população com o entendimento de saúde como direito social; fortalecendo os vínculos entre os serviços e a população, a universalização do acesso e a garantia da integralidade e equidade da assistência. Dentre as reformulações necessárias, está a de transformar o modo de se trabalhar nas unidades de saúde, promovendo alterações na dinâmica do processo de trabalho, para que seja possível a implementação do cuidado em saúde baseado nas necessidades da população. Uma demanda que se destaca é o cuidado à criança, que deve ser baseado em ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação. Diante de tais assertivas, emergiu a questão que norteou o estudo: como a estrutura e o processo de trabalho em saúde interferem na resolutividade da Atenção Primária à Saúde da Criança? Existem diferenças na assistência prestada à saúde da criança onde há a Estratégia Saúde da Família funcionando em comparação a uma unidade de saúde tradicional? Para tanto, o objetivo geral dessa pesquisa foi identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exijam reafirmação ou reformulação na busca de qualidade para o planejamento e execução das ações de Atenção Primária à Saúde da criança. Teve ainda como objetivos específicos: analisar a estrutura das unidades básicas de saúde de acordo com as diretrizes existentes para a área física da Atenção Primária à Saúde; apreender o processo de trabalho em duas unidades de atenção primária para identificar os nós críticos para a resolutividade da Atenção Primária à Saúde da Criança. Trata-se de uma pesquisa com abordagem quali-quantitativa. O referencial metodológico adotado foi a hermenêutica filosófica. A coleta de dados quantitativa ocorreu em 23 unidades de saúde, por meio de roteiro cuja análise foi estatística. Os dados qualitativos foram obtidos por meio de observação não participante e a análise por unidades temáticas. Os resultados foram apresentados em forma de três artigos científicos e demonstraram que: a estrutura física das unidades possui itens minimamente necessários, os fluxos e a organização do processo de trabalho exercem influência negativa no processo de trabalho da equipe, tanto da unidade tradicional quanto na Estratégia Saúde da Família, há enfermeiros e pediatras nas unidades desenvolvendo um trabalho predominantemente fragmentado e parcelar, centrado no profissional e não no usuário e na equipe. O acesso aos serviços de saúde apresentou fragilidades quanto ao cuidado à saúde da criança. A unidade com a Estratégia Saúde da Família não apresentou diferença no cuidado à criança em comparação à unidade de saúde tradicional. Concluiu-se que os problemas na estrutura e no processo de trabalho tendem a dificultar as ações de saúde para a criança no âmbito da Atenção Primária à Saúde. E que mudanças podem ser efetivadas por meio de adequações na estrutura e processo de trabalho a fim de se produzir cuidado em saúde resolutivo ao grupo infantil.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem pediátrica. Avaliação dos serviços de saúde. Atenção Primária à Saúde. Criança.

FINKLER, AL. The process of working in primary health care of children in the basic health unit and family health. 2014. 191 f. Dissertation (MSc Bioscience and Health) - State University of West Paraná, Cascavel, Paraná, 2014.

GENERAL ABSTRACT

The Primary Health Care has sought to consolidate itself as a strategy to guide the organization of the health system and meet the needs of the population with the understanding of health as a social right; strengthening the links between the services and the population, universal access and ensuring the completeness and fairness of assistance. Among the necessary reformulations, is to transform the way of working in health facilities, promoting changes in the dynamics of the labor process, so it is possible the implementation of health care based on the needs of the population. A demand that stands out is the care of children, which should be based on prevention, promotion, cure and rehabilitation. Given these assertions, the issue emerged that guided the study: the structure and process of health work interfere with solving the Primary Children's Health? There are differences in the health care provided to the child where there is the Family Health Strategy functioning compared to a traditional health unit? Thus, the general objective of this research was to identify aspects of structure and process of the services that require restatement or reformulation in search of quality for the planning and execution of actions of Primary Child Health. Yet had the following specific objectives: to analyze the structure of basic health units in accordance with existing physical area of Primary Health guidelines; grasp the process of working in two primary care units to identify critical nodes for solving the Primary Child Health. This is a survey of qualitative and quantitative approach. The reference methodology was philosophical hermeneutics. The quantitative data collection occurred in 23 health units through script whose analysis was statistical. Qualitative data were collected through non-participant observation and analysis for thematic units. The results were presented in the form of three papers, which showed that the physical structure of the units has minimally required items, flows and organization of the working process negatively influence the process of team work, both traditional as unity in Health Strategy Family, there are nurses and pediatric units in developing a working predominantly fragmented and piecemeal, focusing on professional and not on the user and staff. Access to health services showed weaknesses regarding the health care of the child. The unit with the FHS showed no difference in child care compared to traditional health unit. It was concluded that the problems in the structure and work process tend to hinder the actions of health for children in the Primary Health Care And what changes can be effected through adjustments in the structure and work process in order to afford care in resolving child health group.

Keywords: Pediatric Nursing. evaluation of health services. Primary Health Care. Children.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 do Artigo 1- Artigos selecionados para a revisão integrativa. Cascavel, PR, 2013.....	41
Mapa 1 – Limite de bairros do município de Cascavel. Cascavel, PR, 2013.....	58
Quadro 1 do Artigo 2 – Categoria sistematizada.....	87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

ABS – Atenção Básica em Saúde

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS i - Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CAPS III - Centro de Atenção Psicossocial

CEDIP - Centro Especializado de Doenças Infecto Parasitárias

CASM - Centro de Atenção em Saúde Mental

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAC – Pronto Atendimento Continuado

PACS - Programa Agentes Comunitários de Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNH - Política Nacional de Humanização

PSF – Programa Saúde da Família

SISVAN - Sistema de Vigilância Nutricional e Alimentar

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TSB – Técnico em Saúde Bucal

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA - Unidade de Pronto-Atendimento

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
INTRODUÇÃO GERAL	18
1 OBJETIVOS	22
1.1 Objetivo Geral	22
1.2 Objetivos específicos	22
2 REVISÃO GERAL DE LITERATURA	23
2.1 O mundo do trabalho e suas transformações	23
2.2 Trabalho em saúde	27
2.3 Processo de trabalho em saúde.....	30
2.4 O Trabalho na Atenção Primária à Saúde.....	33
2.5 Processo de trabalho no cuidado da criança na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa	38
3 METODOLOGIA	49
3.1 Abordagem do estudo.....	49
3.2 Referencial Metodológico.....	51
3.3 Técnica de coleta de dados	54
3.4 Cenário da Pesquisa.....	55
3.5 Sujeitos do estudo.....	59
3.6 Coleta de Dados	59
3.7 Análise dos Dados	61
3.8 Questões éticas	61
4 RESULTADOS	63
Efetividade do cuidado da criança na atenção primária: influência da estrutura e processo de trabalho.....	65
Acesso X resolutividade na Atenção Primária à Saúde da criança.....	82
O processo de trabalho em saúde no cuidado da criança na Atenção Primária à Saúde.....	103
5 CONSIDERAÇÕES GERAIS	123
REFERENCIAS	127
APÊNDICE A - Instrumento de avaliação da infraestrutura de UBS	139
APÊNDICE B - Roteiro-guia da observação não-participante.....	142
APÊNDICE C - Diários de campo	143
APÊNDICE D - Parecer aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel	171

ANEXO A - Termo de contratação do projeto de pesquisa multicêntrico junto ao CNPq	172
ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Unioeste.....	173
ANEXO C - Normas para publicação em revistas científicas	174

APRESENTAÇÃO

O interesse por desenvolver um estudo que abordasse o trabalho dos profissionais de saúde na Atenção Primária à Saúde (APS) emergiu após tentativas frustradas de um projeto inicial desenvolvido com outro docente do programa. A ideia inicial desse projeto era de captar o dia a dia desse trabalhador nos espaços de trabalho, suas dificuldades e anseios em lidar diariamente com questões que permeiam a Saúde Pública atual do país, como filas formadas durante a madrugada, falta de “fichas” para consulta médica, superlotação das unidades básicas e de pronto-atendimento, estrutura física inadequada, destacando como esses trabalhadores lidam com essas implicações constantes. Fatos estes que podem justificar, em certa medida, o adoecimento cada vez mais expressivo desses trabalhadores.

A mudança de enfoque indicou a possibilidade de realizar tal estudo com adaptações para o processo de trabalho da equipe no cuidado em saúde da criança, como recorte de um projeto multicêntrico que objetivou avaliar a efetividade da Atenção Primária à Saúde no grupo infantil.

Outro motivo que levou a pesquisadora a “abraçar” tal projeto foi o fato de atuar como enfermeira na Atenção Primária à Saúde em um município da região, percebendo, muitas vezes, que o cuidado à criança demonstrava - se fragmentado e pouco resolutivo. Desenhou-se dessa forma, a oportunidade de realizar a presente pesquisa, que resultou na dissertação de mestrado da pesquisadora.

O estudo refere-se a uma pesquisa quanti-qualitativa, que utilizou a abordagem da hermenêutica filosófica proposta por Ayres (2004; 2007; 2009), para compreensão do cuidado em saúde, uma vez que apreendem os significados, atitudes, gestos de uma dada realidade de saúde. Nessa pesquisa, essa realidade, constitui-se de dois serviços de APS, que por meio do olhar científico e teórico da pesquisadora traz e descreve questões a respeito do processo de trabalho em saúde, no que se refere à assistência a saúde da criança.

As reflexões iniciais a respeito do cuidado ofertado à população infantil levaram a questionar: de que forma estão sendo estabelecidas as práticas de saúde na APS? Será que a finalidade do trabalho é o alcance do estabelecimento da saúde dessas crianças de forma plena e integral ou a recuperação da doença?

Tais questões tentarão ser respondidas neste trabalho, que tem como foco as práticas e ações de saúde realizadas na Atenção Primária ao grupo infantil. Desse modo, este estudo organizou-se de forma a trazer um referencial que conceitua os aspectos principais sobre o trabalho de forma geral, denominado o mundo do trabalho, em seguida versando sobre o trabalho em saúde, o processo de trabalho de forma geral e, então, o processo de trabalho na APS no que se refere à assistência a saúde da criança. Posteriormente, apresentam-se os resultados da pesquisa por meio da construção de artigos científicos que surgiram a partir de dados da estrutura das unidades levantados por meio de roteiros aplicados a partir da pesquisa multicêntrica e de categorias temáticas provindas da observação não participante do processo de trabalho das equipes de saúde de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional e uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Cascavel-PR.

Tem-se como pressuposto que, na Estratégia Saúde da Família (ESF) as ações de assistência à saúde da criança são pautadas de modo interdisciplinar e integral, tendo a criança o pleno acompanhamento e desenvolvimento por meio dos profissionais da equipe de Saúde da Família, conforme sua proposição teórica. Ao contrário, na APS desenvolvida em UBS tradicional, atuando por meio do modelo médico-hegemônico, com ações individuais e curativas, não há a efetivação de uma assistência de qualidade à saúde da criança, sendo que, na maioria das vezes, há pouca resolutividade para os mesmos problemas de saúde decorrentes da infância.

INTRODUÇÃO GERAL

A Constituição da República do Brasil de 1988 adotou o conceito de que saúde é um direito inerente à condição humana, independentemente de quaisquer outras condições, reafirmando acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Esse modelo de saúde trouxe enfoque nas ações de saúde pública, não mais com ações predominantemente curativas, mas ações preventivas e a ideia de que as doenças não são causadas apenas por distúrbios biológicos, mas também por causas sociais, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso a bens e serviços essenciais (BARTOLOMEI; CARVALHO; DELDUQUE, 2003).

Iniciativas, desde então, emergem para remodelação do sistema de saúde e, após 25 anos de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda são inúmeras as dificuldades de se solidificar e estabelecer programas e serviços de saúde que assistam os brasileiros nos moldes do conceito amplo de saúde pretendido pela constituição vigente.

Dessa forma, a APS tem procurado consolidar-se como estratégia na orientação e organização do sistema de saúde, visando responder às necessidades da população com o entendimento de saúde como direito social e o enfrentamento dos determinantes sociais para promovê-la. A adequada organização dos serviços de APS contribui para a melhora da atenção impactando positivamente na saúde da população e na eficiência do sistema, em até 80% (STARFIELD, 2002).

Nos anos 1990, no Brasil, o conceito de APS foi renovado, com a regulamentação do SUS baseado nos seus princípios de universalidade, equidade e integralidade e nas diretrizes organizacionais de descentralização e participação social. “Para diferenciar-se da concepção seletiva de APS, passou-se a usar o termo atenção básica em saúde, definida como ações individuais e coletivas situadas no primeiro nível, voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e

reabilitação” (GIOVANELLA et al., 2009, p. 784). No entanto, a partir do ano de 2011, a Portaria de Nº 2488 que estabeleceu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), nas atuais concepções, considerou como sinônimos os termos APS e Atenção Básica em Saúde (ABS).

O que demonstra tal interesse na proposta de APS é a criação de estratégias reorganizativas que buscam aproximar a população dos serviços de saúde e estabelecer laços de proximidade, conhecimento e resolução dos problemas de saúde como um todo, por meio de ações de prevenção e promoção da saúde. Dentre elas se destacam o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991 (BRASIL, 2001) e o Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994 (BRASIL, 1997). Este último foi ampliado até se transformar em 2006 na ESF para cobertura da atenção primária em todo território nacional.

Em 2003 o número de equipes de Saúde da Família implantadas no país era de 19 mil, correspondendo a 35,7% da população brasileira coberta pela ESF. Em 2009, esse número elevou para 30.328 equipes, alcançando a cobertura de 50,7% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 96,1 milhões de brasileiros assistidos pela APS via ESF (BRASIL, 2013a).

Esta estratégia surge como um modelo de reorientação da assistência da APS, para fortalecer os vínculos entre os serviços de saúde e a população e contribuir para a universalização do acesso e a garantia da integralidade e equidade da assistência. Assim, a ESF propõe novas práticas sanitárias, centradas nos princípios do SUS e, conseqüentemente, a reformulação dos conceitos de saúde, doença, população, território e práticas (BRASIL, 1997).

Para sua viabilização, dentre as inúmeras reformulações necessárias, faz-se também premente transformar o modo de se trabalhar nas unidades de assistência à APS. É preciso promover alterações na dinâmica do processo de trabalho dos profissionais que aí atuam, para que seja possível a implementação de um cuidado em saúde baseado nas necessidades da população, o que é possível por meio da oferta de uma estrutura adequada, agregando local e condições de trabalho viáveis, com pessoal instruído e preparado para prestar assistência aos diversos perfis da população.

Em especial, um perfil/demanda que se destaca pela vulnerabilidade característica que requer acompanhamento constante pela equipe de saúde é a criança. Vários programas e políticas brasileiras são instituídos pelo Ministério da

Saúde e por outros setores, a fim de propor ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação, pois o valor atribuído à criança na sociedade molda-se positivamente para seu zelo e cuidado constantes.

Em pesquisa realizada no município de Cascavel, PR, os dados indicaram que 49,6% das crianças hospitalizadas tiveram como causa da internação as doenças respiratórias, consideradas de hospitalização evitável e sensíveis a efetividade da atenção básica (TOSO, 2011). Em âmbito nacional, estudo encontrou que mais de 50% das hospitalizações nessa parcela da população ocorrem pelo mesmo motivo (OLIVEIRA et al., 2010).

Os dados apontaram ainda que o serviço de atenção básica nas unidades que tomaram parte do estudo de Cascavel (TOSO, 2011) não foi resolutivo, pois todas as crianças buscaram o serviço de saúde logo após o surgimento dos sintomas, tiveram pelo menos três atendimentos anteriores à hospitalização e, ainda assim, o resultado foi a piora dos sintomas e a hospitalização.

As políticas públicas de saúde devem ser coerentes com cada realidade, tanto no que diz respeito à distribuição de recursos, quanto na adoção de estratégias para melhoria da saúde dessa população. Pois quando o progresso tecnológico e médico-científico e o modelo assistencial são dirigidos para a prevenção e o tratamento de doenças evitáveis, o desenvolvimento desse tipo de doença poderia não ocorrer ou ser interrompido em estágios menos avançados, reduzindo-se as taxas de morbidade hospitalar e mortalidade por essas causas (ABREU; CÉSAR; FRANÇA, 2007).

Diante de tais assertivas, em que se percebe a necessidade de novas formas de reorganizar a assistência à saúde da população por meio da APS, e que para isso é necessário estruturar o processo de trabalho das equipes de saúde, bem como proporcionar condições de trabalho para tal equipe realizar uma assistência resolutiva, emergiu a seguinte questão que norteou esse estudo: como a estrutura e o processo de trabalho em saúde interferem na resolutividade da Atenção Primária à Saúde da criança? Será que existe diferença na assistência prestada à saúde da criança na APS onde há a ESF funcionando em comparação a uma unidade de saúde tradicional?

Acredita-se que a produção científica vinculada a este projeto, e especificamente a esta pesquisa, poderá subsidiar a constituição de saberes e práticas em saúde que incorporem, ao processo diagnóstico e terapêutico, a

subjetividade, o autocuidado, a participação da família, a ética, a cidadania e a valorização da vida, de acordo com os elementos do cuidado discutidos por Ayres (2009).

Partindo-se desse entendimento, poder-se-á refletir e (re) organizar o processo de trabalho no atendimento a essas crianças e suas famílias e planejar uma assistência que atenda às suas reais necessidades de saúde, para que seja possível seu pleno crescimento e desenvolvimento.

1 OBJETIVOS

1.1 Objetivo Geral

Identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exijam reafirmação ou reformulação na busca de qualidade para o planejamento e execução das ações de Atenção Primária à Saúde da criança.

1.2 Objetivos específicos

Analisar a estrutura das unidades básicas de saúde de acordo com as diretrizes existentes para a área física da Atenção Primária à Saúde.

Apreender o processo de trabalho em duas unidades de atenção primária para identificar os nós críticos para a resolutividade da Atenção Primária à Saúde da criança.

2 REVISÃO GERAL DE LITERATURA

2.1 O mundo do trabalho e suas transformações

O trabalho pode ser considerado como uma atividade que modifica o estado natural dos materiais presentes na natureza transformando-os em função das necessidades humanas. O que diferencia o trabalho humano do trabalho efetuado por outros seres, como as abelhas e pássaros que constroem seus ninhos, é que o trabalho humano é pensado, planejado, “como atividade proposital, orientado pela inteligência, é produto especial da espécie humana” (BRAVERMAN, 2011, p. 52).

Ao longo da história, esse trabalho foi se estruturando e se desenvolvendo, perdendo suas características naturais e adquirindo outras, como a utilização de instrumentos para seu desenvolvimento; a exigência de habilidades e conhecimentos adquiridos por repetição e experiência que são transmitidos por meio do aprendizado e o constante atendimento de novas necessidades que surgem e devem ser satisfeitas (NETTO, 2010).

Ainda, segundo o mesmo autor, o trabalho deve ser realizado de maneira organizada e planejada exigindo um processo comunicacional, não podendo ser realizado de forma isolada, e sim em um contexto de coletividade:

O trabalho não transforma apenas a matéria natural, pela ação dos sujeitos, numa interação que pode ser caracterizada como o metabolismo entre sociedade e natureza. O trabalho [...] implica uma interação no marco da própria sociedade, afetando seus sujeitos e sua organização [...] foi através do trabalho que fez emergir um novo tipo de ser, distinto do ser natural (orgânico e inorgânico): **o ser social** [...] e foi através do trabalho que a humanidade se constituiu como tal (NETTO, 2010, p. 34).

Assim, o trabalho foi se instituindo entre os homens e suas modificações necessárias exigiram a realização de atividades coletivas e compartilhadas. Dessa maneira, o homem se organizou em sociedade e o trabalho se tornou fundamental para o desenvolvimento social.

Portanto, o trabalho, cerne da existência individual e social, tem como característica mais importante ser uma atividade da esfera pública, solicitada,

definida, reconhecida e remunerada. É por este trabalho remunerado, ou também conceituado como trabalho assalariado, que os indivíduos passam a pertencer a essa esfera, adquirindo uma existência e uma identidade social, ou seja, uma profissão, inserindo-se numa rede de relações e de intercâmbios, no qual são conferidos determinados direitos em troca de certos deveres (GORZ, 2003).

Para o autor citado, o trabalho socialmente remunerado e determinado é o fator mais importante da socialização, por este motivo a sociedade industrial percebe-se a si mesma como uma sociedade de trabalhadores, distinta de todas as demais que a precederam (GORZ, 2003).

Anterior a essa sociedade e ao modo de produção capitalista, nas sociedades pré-modernas, o trabalho era considerado uma atividade privada, se limitava ao âmbito familiar e era determinado apenas pelas necessidades de subsistência e de reprodução. A família era confundida com a esfera da necessidade econômica e do trabalho e a esfera pública, política, aquela da liberdade, na qual excluía as atividades necessárias ou úteis da esfera dos assuntos da humanidade (GORZ, 2003).

Os cidadãos pertenciam às duas esferas (pública e privada), e tentavam reduzir ao mínimo as necessidades de existência, atribuindo aos escravos e às mulheres a execução do trabalho, dominando e limitando seus desejos por meio da disciplina de uma vida de abstenções. Nesse contexto, era inconcebível a ideia de trabalhador, o trabalho era algo que pertencia à esfera privada e excluía da esfera pública aqueles que estavam a ele sujeitos (GORZ, 2003).

O conceito atual de trabalho surge, de forma efetiva, com o capitalismo manufatureiro, após o século XVIII. Os tecelões e camponeses que tinham em suas atividades um modo de ganhar a vida de forma respeitada e tradicional tiveram esse modo de ganhar a vida transformado em um sistema racional e sistemático com intuito de obter maior lucro possível em torno da exploração da mão de obra desses tecelões e camponeses (GORZ, 2003).

A partir deste sistema de exploração, o que o capitalista vem a negociar e comprar não é uma quantidade contratada de trabalho, e, sim, a força do trabalhador necessária para trabalhar por um período de tempo contratado. É impossível comprar trabalho, devido ser uma função física e mental dos trabalhadores inalienável e a necessidade de comprar a força de trabalho para desenvolvê-lo,

segundo Braverman (2011), traz consequências relevantes ao modo de produção capitalista.

Tal exploração da força de trabalho instituiu a lógica do capitalismo, alterando de forma racional o modo de produzir e negociar os produtos manufaturados. Segundo Gorz (2003, p.27-8),

[...] o capitalismo [...] do ponto de vista econômico, só mantém entre os indivíduos relações monetárias, entre as classes, relações de forças, entre o homem e a natureza uma relação instrumental, fazendo nascer com isso uma classe de operários-proletários totalmente despossuídos, reduzido a nada mais que força de trabalho indefinidamente intercambiável, sem nenhum interesse particular a defender.

O capitalismo, priorizando a racionalidade econômica rompeu laços e relações entre os homens e entre os homens e a natureza. Destituiu-os de interesses e de motivações, fazendo com que os mesmos trabalhassem desprovidos de sua personalidade, de seus objetivos e desejos, e fosse apenas força de trabalho necessária às finalidades que são estranhas e indiferentes aos indivíduos (GORZ, 2003).

Assim, a racionalização econômica do trabalho não se baseou apenas em tornar ordenadas e melhor adaptadas a seus interesses, as atividades produtivas que já existiam. Foi uma revolução, um conflito no modo de vida até então existente, dos valores, das relações sociais e das relações com a natureza. Em outras palavras, foi uma verdadeira invenção jamais existente antes (GORZ, 2003).

Ainda para esse autor, a atividade produtiva prescindia do seu sentido original, de suas motivações e de seu objeto para tornar-se unicamente o meio de sobreviver. O tempo necessário de trabalho e o tempo para se viver foram desmembrados um do outro e o trabalho, juntamente com suas ferramentas e seus produtos, adquiriram uma realidade abstraída e estranha ao trabalhador.

A racionalização econômica do trabalho rompeu as ideias de liberdade e de autonomia existentes anteriormente, fazendo com que o indivíduo ficasse alienado no seu trabalho e no seu consumo e, conseqüentemente, em suas necessidades materiais (GORZ, 2003).

Para Marx (2008), mesmo esse trabalho sendo considerado desumano, mutilador, exaustivo, ele não deixa de conferir determinado progresso, pois substituiu os produtores privados (artesãos) pelos trabalhadores-proletários, contribuindo para o surgimento de uma classe em que o trabalho pode ser considerado um trabalho social, em que a sociedade mantém-se funcionando em conjunto, sendo fundamental o interesse do capitalismo dominar o processo social de produção como um todo.

O trabalho passa a ser, desse modo, o centro ordenador e integrador da sociedade, em que não somente os excluídos o realizavam, mas também todos os indivíduos que necessitavam de um meio de sobreviver e ganhar a vida, formando assim a classe trabalhadora (GORZ, 2003).

Atualmente, a classe trabalhadora é denominada por Antunes (2003) como a *classe-que-vive-do-trabalho* por conferir contemporaneidade ao conceito utilizado por Marx. Para Antunes (2003, p.102) a classe trabalhadora contemporânea, inclui “a totalidade daqueles que vendem a sua força de trabalho, tendo como núcleo central os trabalhadores produtivos [...] incorpora a totalidade do trabalho social, a totalidade do trabalho coletivo assalariado”. Ainda, segundo o autor citado, o trabalhador produtivo é aquele que produz de forma direta a mais-valia e participa diretamente do processo de valorização do capital, por este motivo assume um papel central na classe trabalhadora, tendo seu núcleo principal no proletariado industrial. O trabalho produtivo não se refere apenas ao trabalho manual direto, mas também a formas de trabalho produtivas, mas não diretamente manuais.

A *classe-que-vive-do-trabalho* compreende também os trabalhadores improdutivos, aqueles em que a forma de trabalho se aplica aos serviços (como os serviços de banco, comércio, turismo), seu trabalho é consumido como valor de uso e não como valor de troca (MARX, 2008). Tais trabalhadores constituem-se em um segmento assalariado em expansão no capitalismo contemporâneo (ANTUNES, 2003).

O referido autor ainda pontua que a classe trabalhadora inclui todos os trabalhadores que vendem sua força de trabalho por um salário, incluindo o proletariado industrial, os assalariados do setor de serviços e o proletariado rural, e que a compreensão ampliada da *classe-que-vive-do-trabalho* permite o reconhecimento das mudanças significativas que o mundo do trabalho vem sofrendo.

Dentre as mudanças que vêm ocorrendo no mundo do trabalho do capitalismo contemporâneo, pode ser observada uma desproletarização do trabalho industrial fabril, de maior intensidade nos países de primeiro mundo e de intensidade moderada a menor nos de terceiro mundo; diminuição do operariado industrial tradicional, aliado a uma expansão do trabalho assalariado no setor de serviços e crescente incorporação do gênero feminino no mundo operário. Além do que, vivencia-se uma subproletarização intensificada, observada na expansão do trabalho parcial, temporário, precário, subcontratado e terceirizado (ANTUNES, 1998).

O mais brutal dessas transformações é a expansão, sem precedentes na era moderna, do *desemprego estrutural*, que atinge o mundo em escala global. [...] há uma *processualidade contraditória* que, de um lado, reduz o operariado industrial e fabril; de outro, aumenta o subproletariado, o trabalho *precário* e o assalariamento no setor de serviços. Incorpora o trabalho feminino e exclui os mais jovens e os mais velhos. Há, portanto, um processo de maior *heterogeneização, fragmentação e complexificação* da classe trabalhadora (ANTUNES, 1998, p. 41-2).

Dentre esses elementos condicionantes das mudanças que vêm ocorrendo no mundo do trabalho, percebe-se que não há uma tendência generalizante e única, há uma processualidade contraditória e multiforme, segundo Antunes (1998). Pôde-se constatar que há um efetivo processo de intelectualização do trabalho manual e uma desqualificação e subproletarização intensificadas, presentes no trabalho precário, informal, temporário, parcial, subcontratado, complementa o mesmo autor.

Tais mudanças que vêm ocorrendo com a classe trabalhadora no mundo do trabalho capitalista, são expressas, praticamente, em todos os setores da economia, dentre eles, o setor de serviços de saúde, que absorveu novas tecnologias e implementou mudanças na organização dos processos de trabalho, conforme descrição a seguir.

2.2 Trabalho em saúde

No início do século XX, princípios de organização do trabalho científico começam a ser apreciados e aplicados de forma crescente, influenciando tanto o trabalho industrial, quanto o trabalho no setor de serviços. Tais princípios conferem o

surgimento de estudos relacionados ao tempo de execução de tarefas, registros do trabalho desempenhado, rotinas, reorganização física dos ambientes de trabalho para diminuir o tempo gasto sem produção e aumentar a produtividade, expandindo a divisão parcelar do trabalho e a mecanização da produção (BRAVERMAN, 2011).

A partir da segunda metade do século XX, processos e gestão acabam por exigir perfis adaptáveis de trabalhadores, que demandam novas aptidões laborais, como a polivalência, a ausência de especialização ou a superespecialização, a inovação, o enfoque no trabalho em equipe, a qualificação, a autonomia, a responsabilização, o desenvolvimento de habilidades cognitivas e de novas competências, bem como cobrança acentuada de produtividade e estabelecimento de contratos temporários que permitem a desproteção social (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004).

É clara a interferência que o capitalismo globalizado confere ao trabalho em saúde, afetando diretamente a classe trabalhadora desse setor, proporcionando aspectos que favorecem a precarização do trabalho, como a perda de direitos trabalhistas e a flexibilização, além do que o convívio cotidiano com o adoecimento, situações de miséria, desemprego, violência, ou seja, produtos sociais decorrentes da inclusão/exclusão social inerente no modo de produção vigente (FORTUNA et al., 2002).

O trabalho em saúde, como parte do setor de serviços, agregou tais aspectos e pode ser compreendido como “um trabalho coletivo institucional, que se desenvolve com características do trabalho profissional e, também, da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho e da lógica taylorista de organização e gestão do trabalho” (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004, p. 438-9).

Por ser um trabalho coletivo e institucionalizado, Pires (1998) ressalta que é realizado por diversos profissionais de saúde e outros trabalhadores que desenvolvem uma série de atividades necessárias para manter o funcionamento da instituição que não são específicas do trabalho em saúde. A autora aponta que o trabalho em saúde possui características do trabalho assalariado e da divisão parcelar do trabalho, bem como características do trabalho profissional do tipo artesanal. Afirma que cada profissional (enfermagem, nutrição, fisioterapia etc.) se organiza e possui determinada autonomia, no entanto, o processo assistencial fica detido na figura dos médicos que controlam o trabalho dos demais profissionais e os tornam dependentes em suas decisões.

Conforme o avanço dos conhecimentos em saúde, aumento da população e da complexidade dos problemas tornou-se necessário a realização de procedimentos mais complexos aliados a maiores instituições e serviços especializados. Assim, “o conhecimento se fragmenta, ocorre uma enorme ampliação do número de especializações, resultando no parcelamento do conhecimento e do homem, que passa a ser visto e atendido segundo os *órgãos doentes*” (PIRES, 1998, p. 86-7).

Essa fragmentação do conhecimento e do homem, pelos profissionais de saúde que estão submetidos ao trabalho parcelado, tem como um de seus efeitos a alienação do trabalhador, no qual ele não reconhece o trabalho realizado e não se sente responsável pelo objetivo final, que é a produção do cuidado, encontrando-se, assim, separado de sua obra (CAMPOS, 2002). Tal fato contribui para a falta de resolutividade dos problemas de saúde da população e, conseqüentemente, a desmotivação e desvalorização dos profissionais da área.

O estranhamento crescente dos profissionais de saúde em relação aos seus objetos, advém, dentre outros aspectos, do aprofundamento da divisão técnica do trabalho, que reduz o objeto concreto do profissional especialista a um fragmento ainda menor da totalidade do sujeito que sofre, além da padronização e restrição progressiva do ato clínico, no que se refere ao tempo e qualidade da atenção. Esses fatores fazem com que os profissionais tornem-se cada vez menos capazes de abordar o sofrimento de modo mais integral, de forma a manipular o social manifesto no usuário conferindo-lhe significação no plano do projeto terapêutico (GOMES, 2012).

Outro estudioso do assunto, Merhy (2002) compreende que o trabalho em saúde se dá no encontro de pessoas, em espaços de mediação entre o trabalhador e o usuário, por meio de relações estabelecidas que compõem o chamado trabalho vivo em ato, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que origina a produção do cuidado. Já o trabalho morto é o trabalho pregresso, realizado, que incorpora as máquinas e instrumentos de trabalho, não realizando nenhum produto, pois ele já foi usado para isto. Sendo assim o trabalho vivo é de controle do próprio trabalhador e proporciona maior liberdade na execução da atividade produtiva, pois se realiza enquanto o trabalho é executado, o produto é realizado (MERHY; FRANCO, 2008).

O trabalho vivo interage com instrumentos, normas, máquinas, formando assim um processo de trabalho, no qual se integram vários tipos de tecnologias. Tais tecnologias de trabalho são compreendidas pelo autor (MERHY, 2007), como tecnologias duras, que seriam aquelas centradas em máquinas e instrumento; tecnologias leve-duras referentes ao conhecimento técnico, por ter uma parte dura que é a técnica, definida a priori e uma leve, que é a maneira como cada trabalhador a aplica, podendo assumir diferentes formas dependendo de como cada um desenvolve o cuidado; e as tecnologias leves, aquelas provenientes das relações entre trabalhador e usuário, guiadas pela subjetividade. Essas tecnologias atuam sobre o trabalho morto e o trabalho vivo em ato, formando os processos de produção da assistência à saúde, que determinam o núcleo tecnológico do trabalho (MERHY; FRANCO, 2008).

Ao mesmo tempo, observa-se que, além das máquinas e do conhecimento técnico, as relações entre os sujeitos e seu modo de agir cotidiano são centrais no trabalho em saúde, configurando então, a micropolítica do trabalho vivo em ato. Trata-se, sobretudo, do reconhecimento que o espaço onde se produz saúde configura-se num local onde se realizam também os desejos e a intersubjetividade, que estruturam a ação dos sujeitos, trabalhador e usuário, individual e coletivo (MERHY; FRANCO, 2008).

Os referidos autores inferem que para esse espaço se concretizar de maneira a elevar a capacidade resolutiva dos serviços, os profissionais podem potencializar seu trabalho a partir de cuidados diretos ao usuário, por meio da reestruturação dos processos de trabalho e potencialização do trabalho vivo em ato, como fonte criativa e de criação de novas configurações do modelo assistencial de saúde.

Nesse sentido, busca-se descrever, a seguir, de que forma o processo de trabalho em saúde se estabelece e se firma nos serviços de saúde.

2.3 Processo de trabalho em saúde

A produção da saúde é dependente do trabalho humano. Configura-se como trabalho vivo em ato, ou seja, o trabalho no instante da sua atividade de criação e os produtos que ali se concretizam, em um processo que é sempre relacional, por meio de uma lógica operante que se dá em espaços onde há relações que se conformam

em atos de fala e escuta, de toque e de olhares que irão constituir o processo de trabalho em saúde produzindo o cuidado (MERHY, 2007). Por meio dessa relação de encontro de sujeitos é que se dá a produção da saúde.

No núcleo tecnológico do processo de trabalho, coexistem os processos estruturados conduzidos pelo trabalho morto e os processos em estruturação conduzidos pelo trabalho vivo em ato. É nesse núcleo que será definida a hegemonia dos processos produtivos: entre as tecnologias estruturadas pelos maquinários que atuam sob a lógica de mercado ou por outro lado, as tecnologias relacionais, que atuam por outras lógicas, em torno das necessidades humanas, a partir da produção da saúde voltada à ação cuidadora (MERHY; FRANCO, 2013).

Ou seja, quando o processo de trabalho é conduzido pelo trabalho vivo, faz com que os trabalhadores tenham mais liberdade e criatividade, aproximação maior com os usuários, interação e inserção desse usuário no processo de produção de sua própria saúde, tornando-o um protagonista de seu processo saúde-doença. Já quando conduzido pelo trabalho morto, o processo de trabalho é comandado pelos instrumentos, limitando o agir do trabalhador devido à programação da máquina ou de formulários, com os usuários, havendo pouca ou nenhuma interação, apenas uma produção de procedimentos (BRASIL, 2005).

Esse processo de trabalho que visa a produção do cuidado tem como protagonistas sujeitos individuais e coletivos, que possuem intenções, objetivos e interesses distintos, configurando o que se denomina de uma micropolítica do processo de trabalho (MERHY; FRANCO, 2013). Tais sujeitos agem de acordo com o mercado na saúde, em várias linhas de interesses, corporações, diretrizes e dispositivos, comportamentos esses que o próprio trabalhador adota no seu cotidiano e que desencadeia conflitos no processo de trabalho por falta de articulação entre os sujeitos, gerando tensões no processo de trabalho, bem como na configuração do modelo assistencial de saúde (FRANCO; MERHY, 2012).

Um modelo assistencial, pautado em interesses próprios e desarticulado entre sujeitos, pode configurar-se em um trabalho em saúde fragmentado, em que o usuário necessita passar por uma série de atos diagnósticos e terapêuticos em busca de resolutividade de seus problemas de saúde. Dessa forma, Nogueira (2007) afirma que a saúde não é um setor que atua com uma lógica de substituição de tecnologias e sim, de acúmulo de novas tecnologias e de uma diversidade de oferta

de serviços, conferindo um sentido de fragmentaridade da prestação e do consumo dos serviços de saúde.

A incorporação de novas tecnologias de cuidado nos processos produtivos, na organização do processo de trabalho e nas mudanças das atitudes dos profissionais, podem determinar a chamada reestruturação produtiva, impactando ou não, no modo de produção do cuidado. A reestruturação produtiva pode promover a inversão das tecnologias de trabalho em um sistema de produção ou atuar como uma nova forma de organização da produção de saúde, sem alterar seu núcleo tecnológico, ou seja, a mudança não é tão intensa a ponto de modificar a lógica da produção de saúde, modificando, também, o predomínio do trabalho morto, em detrimento do trabalho vivo em ato, que centraliza o ato no cuidado ao outro (FRANCO; MERHY, 2012).

Como ocorre na ESF, pois embora tenha sido alterado o modo de produzir saúde por meio dos núcleos familiares e do território, o núcleo tecnológico em que se confere o cuidado permanece situado no trabalho morto, na produção de procedimentos e ações prescritivas (MERHY; FRANCO, 2013).

É possível haver, portanto, várias formas de reestruturação produtiva, centradas na ideia de que há mudanças nos processos de trabalho e no modo de produzir o cuidado. Mas se tais mudanças vêm a modificar o núcleo tecnológico do cuidado, passando a centralizar as tecnologias leves, por meio da organização de um modo de produção centrado no trabalho vivo, com trabalhadores e usuários que dirigem o processo de cuidado, isto pode desvelar em um modo de produção inovador, compreendido como transição tecnológica (MERHY, 2007).

A transição tecnológica concebe mudanças de produção do cuidado, havendo uma nova forma de idealizar o objeto e a finalidade do cuidado, alterando significativamente a lógica de produção do cuidado e seu núcleo tecnológico (MERHY; FRANCO, 2008). Tem como centro as relações, em que o olhar está voltado e subordinado às necessidades de saúde, tanto individuais quanto coletivas, complementam Merhy e Franco (2008).

Quando mudanças de produção no cuidado são estabelecidas, diretrizes como o acolhimento, vínculo com responsabilização e autonomização do usuário como resultado indicador de eficácia do cuidado que é produzido, podem ser verificadas e avaliadas (MERHY; FRANCO, 2013), principalmente no âmbito da APS, que se configura como o centro ordenador do sistema de atenção em saúde.

Desse modo, descreve-se, a seguir, como o trabalho em saúde configura-se neste âmbito.

2.4 O Trabalho na Atenção Primária à Saúde

Desde a década de 1980, com o advento do movimento da Reforma Sanitária, o sistema de saúde brasileiro vem passando por mudanças no que confere às formas de assistência à saúde.

O modelo de atenção à saúde no Brasil configura-se com caráter predominante médico, curativo e individual. A tentativa de romper com este paradigma, veio com a criação e implantação do SUS, uma vez que novos princípios emergiam da sociedade como a alteração do conceito de saúde como condição de cidadania (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005).

Nesse sentido, pensou-se em um sistema de saúde integrado que proporcionasse acesso universal e igualitário e que propusesse uma atenção focada nas necessidades individuais e coletivas dos indivíduos. A mudança do modelo de assistência deveria desencadear a reestruturação na organização das equipes e dos serviços de saúde, aproximando-se da população e dos seus problemas de saúde (BEZERRA et al., 2011).

Tal sistema foi baseado na APS e recebeu alguns conceitos. Dentre eles, destaca-se o da Organização Mundial da Saúde (OMS) que a apontou em 1978, por meio da Declaração de Alma Ata, como uma estratégia fundamental para estabelecer uma promoção e assistência à saúde para todos. Sendo assim, considera-se APS como sendo:

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p.1).

Utiliza-se, também, como sinônimo de APS o termo Atenção Básica. Conforme apontado anteriormente nesse estudo, a portaria Nº 2488/2011 (BRASIL, 2011) esclareceu que a PNAB considera os termos atenção básica e atenção primária, nas atuais concepções, como termos equivalentes. A conceituação de atenção básica adotada pelo Brasil, por sua vez, vem complementar o conceito da OMS:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e 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. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012a, p.19).

Este conceito vem atribuir à APS a conotação de um sistema de saúde universal, amplo e igualitário, que se aproxima dos indivíduos e da coletividade buscando deliberar seus problemas de saúde por meio de autonomia e protagonismo dos usuários e profissionais envolvidos, proporcionando, dessa forma, alta capacidade resolutiva (BRASIL, 2012a).

Uma capacidade, que segundo Starfield (2002) atingiria 80% de resolutividade da demanda dos serviços de saúde, se a APS fosse concretizada por uma estrutura interligada em redes de prestação de serviços em saúde de forma qualificada. A autora aponta também, que a APS pode alcançar tal qualidade se seis princípios forem evidenciados e praticados, sendo eles: primeiro contato (acesso aos serviços de saúde), longitudinalidade (cuidados prestados pela equipe de saúde de forma mútua com os usuários e famílias ao longo do tempo), integralidade (serviços disponíveis que atendam a população nos seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais dentro da rede de serviços), coordenação da atenção (garantia da

continuidade da atenção), focalização na família (considera a família como centro de atenção em saúde) e orientação comunitária (reconhecimento das necessidades familiares em um contexto socioeconômico e cultural na perspectiva da saúde coletiva).

A APS representa, portanto, um esforço para que o sistema de saúde seja consolidado e torne-se efetivo, fortalecendo os vínculos entre os diversos serviços de saúde e a população, contribuindo para a universalização do acesso e a garantia da integralidade e equidade da assistência.

Para tanto, seria necessário uma nova estruturação do sistema de saúde de forma a aplicar os princípios e diretrizes da APS para as mudanças e reorganização da assistência em saúde focando nas famílias e na comunidade. Por este motivo, foram implantados programas específicos na APS, iniciando em 1991 com o PACS e em 1994 com o PSF, que atualmente assumiu caráter de maior abrangência, deixando de ser um programa focalizado e assumindo a característica de uma estratégia de estado para ampliar a abrangência da atenção primária em saúde, sendo então denominado de ESF, como mencionado anteriormente.

A ideologia da ESF converge com os princípios do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade em que sua atuação é estruturada em Unidades de Saúde da Família onde se trabalha a partir dos princípios de integralidade e hierarquização, com equipe multiprofissional, territorialização e cadastramento das famílias (ABRAHÃO, 2007).

No que se refere ao trabalho em saúde, o que se espera na ESF é que seja operado por uma equipe multiprofissional que acolha os indivíduos em suas necessidades de saúde. Sendo valorizada a relação profissional-usuário por meio do trabalho vivo em ato, com maior autonomia dos indivíduos na realização das tarefas e compreensão ampliada do processo saúde-doença permitindo uma assistência integral e articulada com os serviços de saúde da rede.

Tal ideia pode ser melhor retratada por Merhy (1998), ao esclarecer que a abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente, se dá por meio de um processo de relações. Isto é, há um encontro entre duas pessoas, e essas são atuantes e criam intersubjetivamente momentos de falas, escutas e interpretações, produzindo uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado, bem como momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação.

Sendo assim, torna-se evidente que o trabalho vivo em ato constitui maior alcance da compreensão das necessidades e, conseqüentemente, propicia viabilidade para a resolução dos problemas de saúde, principalmente no âmbito da APS. Na rede básica, diferente do hospital, existe a possibilidade de menor aprisionamento de suas práticas a um processo de trabalho médico restrito, podendo abrir-se, portanto, às diversas alternativas de constituição de novos formatos de produção das ações de saúde (MERHY, 2007).

Na atualidade, porém, faz-se necessário compreender a lógica regente do modelo biomédico nas práticas de saúde, pois, na rede básica, entende-se que a forma de se organizar os serviços pauta-se em uma estrutura funcionalista que deriva de uma interpretação política, na qual os problemas de saúde ou do processo saúde-doença são considerados multicausais, contudo, se consolidam preponderantes no âmbito biomédico (ABRAHÃO, 2007).

E mesmo assim, embora o trabalho na APS esteja direcionado para a atuação de uma equipe multiprofissional, as estratégias de atenção na ESF podem ter dificuldades em romper com a dinâmica médico-centrada do modelo hegemônico atual. Merhy (2007) afirma que não existem dispositivos potentes para isso, porque a ESF propõe mudanças centralizadas na estrutura, mas não atua de modo amplo nos microprocessos de trabalho em saúde, nas ações cotidianas profissionais, que em última instância é o que define o perfil da assistência.

Dessa forma, a população permanece recorrendo aos serviços de saúde em situações de sofrimento e angústia, não havendo um esquema para atendê-la e dar resposta satisfatória aos seus problemas agudos de saúde. Frente a esse contexto, os indivíduos são conduzidos às Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) e Pronto-socorro em busca de atendimento e resolução dos problemas. O que se configura como um erro estratégico na implantação da ESF, uma vez que a demanda dos serviços fica centralizada em torno de modelos mais comprometidos com os projetos médico-hegemônicos para responder às necessidades imediatas (MERHY, 2007).

Tal situação pode ser compreendida devido à lógica de produção dos atos de saúde, a qual se dá pela produção de cuidado na forma de realização de procedimentos num modelo médico-centrado, no qual não há compromissos com a produção de uma solução para o problema/necessidade apresentada pelo usuário e da promoção de sua saúde, e não existe uma ação integralizada e unificada em torno do usuário (MERHY, 2007).

O referido autor ressalta que esses usuários ao procurarem os serviços de saúde querem ser acolhidos. Para que isso ocorra é preciso que na dinâmica do processo de cuidado possa haver um momento de escuta de suas manifestações e necessidades, com início de um processo de vinculação/resolução com a equipe dos trabalhadores. É necessário que, no ato do cuidado, se estabeleça uma relação de compromissos e responsabilizações entre saberes (individuais e coletivos), na busca efetiva de soluções em torno da defesa de sua vida, que envolvem atividades de promoção, proteção e recuperação, permitindo ganhos maiores de autonomia.

Tais apontamentos mostram que as equipes da ESF necessitam de novas formas de organização do trabalho e de tecnologias de produção. Visto que os problemas de saúde das pessoas e suas patologias exigem respostas que não dependem apenas do arsenal diagnóstico-terapêutico do modelo biomédico, mas também são requeridas novas tecnologias de escuta e de negociação, assim como outras regras comportamentais e organizacionais (DESLANDES, 2004).

Para Ayres (2004, p. 85) existe “a possibilidade de um diálogo aberto e produtivo entre a tecnociência médica e a construção livre e solidária de uma vida que se quer feliz”, a que o autor chama de cuidado. Afirma que o momento da assistência pode e deve evitar uma interação obcecada pelo objeto de intervenção que não permite a percepção e aproveitamento das trocas que se realizam neste momento, ressaltando que a interação terapêutica vem apoiada na tecnologia, mas não se limita a ela.

Nesse sentido, faz-se necessário trabalhar a possibilidade de repensar a maneira de se atuar em saúde. Há de se tecer outro modelo de atenção que tenha como eixo a construção de uma nova possibilidade de ser trabalhador em saúde, a partir de uma nova forma de se relacionar com o sofrimento e com a vida, tanto na sua dimensão individual quanto coletiva (CECILIO, 1997). Não basta investir mais recursos no sistema, deve-se modificar o modo de gerir os serviços e se trabalhar em saúde.

Tais assertivas possibilitam a discussão sobre a necessidade de um novo modelo assistencial para a rede básica de serviços, buscando outras formas de combinar as tecnologias em saúde. Que permita produzir uma relação de confiabilidade e de responsabilização dos trabalhadores com os usuários e resolutividade nas intervenções. Além de promover de forma coletiva um controle

dos riscos de adoecimento, mas garantindo o acesso universal aos diversos níveis do sistema de saúde público (MERHY, 1998).

Somente um modelo assistencial de saúde comandado por tecnologias leves e que possua alcance individual e coletivo, é que pode responder a tais diretrizes e, para tal, implica em decisões políticas claras dos gestores do setor saúde, em investir na qualificação clínica das redes básicas de serviços (MERHY, 1998). Dessa forma, é possível construir um modelo assistencial com mais qualidade e com menor custo, que respeita os direitos dos cidadãos na saúde e que tenha abrangência das ações individuais e coletivas integrais e igualitárias.

Destaca-se, a seguir uma abordagem por meio de revisão integrativa a respeito do processo de trabalho em saúde na assistência à saúde da criança no nível da APS.

2.5 Processo de trabalho no cuidado da criança na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa

Introdução

Para Marx (2008), todo trabalho constitui-se em uma ação transformadora da natureza realizada pelos homens, em que por meio desta ação os homens se transformam e transformam a natureza.

O setor saúde, considerado como setor de serviços, tem como objeto de trabalho o cuidado e a resolução das necessidades de saúde como sua atividade fim. Ao conceber e planejar suas ações, os trabalhadores identificam a necessidade de saúde a ser satisfeita. Já a produção se dará por meio do processo de trabalho que tem em sua composição o objeto, instrumento, produto e finalidade, esses, se articulam e se sustentam em uma percepção do homem e do processo saúde-doença (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008).

Tais elementos imprimem uma característica específica a este tipo de trabalho, o de ser relacional, ou seja, ocorre por meio de uma relação existente entre trabalhador e usuário, podendo ser de forma individual ou coletiva, com a utilização de conhecimentos que busque como finalidade única a saúde (BRASIL, 2005). Sua realização se dá por meio de tecnologias de saúde, caracterizadas por serem leves

(relações estabelecidas), duras (máquinas e instrumentos) ou leve-duras (conhecimento técnico em suas diferentes formas de aplicação) (MERHY, 2002).

Assim, a forma de agir dos profissionais no seu processo de trabalho com a utilização de tais tecnologias, é o que caracterizará o trabalho em saúde. Indicando que os problemas de saúde são complexos, pois envolvem inúmeras dimensões da vida, de ordem social, biológica e subjetiva, sendo que o trabalho em saúde se tornará eficaz se alcançar tais complexidades e der sentido à intervenção nos diversos campos de saúde (BRASIL, 2005).

Dentre a complexidade do setor saúde, destaca-se a atenção requerida junto à infância. Esta fase da vida é um momento que exige maior atenção, visto que nesse período ocorre o desenvolvimento das potencialidades humanas, sendo que o aparecimento de qualquer distúrbio pode causar graves consequências para os indivíduos e para a comunidade (BRASIL, 2009).

Em função disso, inúmeras ações (programas e políticas) vêm sendo criadas desde a década de 1980, com o objetivo de intervir nesta faixa etária a partir da mudança do modelo tecnoassistencial, representada pela ampliação do acesso aos serviços de saúde, pela desfragmentação da assistência e pela mudança na forma como o cuidado aos recém-nascidos e as crianças estava sendo realizado (BRASIL, 2012b).

Como exemplo, tem-se a implantação, nos últimos dois anos, de programas prioritários, como a Rede Cegonha e o Brasil Carinhoso. As ações propostas pela maioria dos programas e políticas públicas de saúde da criança volta-se para o desenvolvimento e proteção da infância e da adolescência. Destacando a assistência ao recém-nascido, à promoção do aleitamento materno, o seguimento do crescimento e desenvolvimento da criança, as imunizações, e também a prevenção e o controle das doenças diarreicas e respiratórias agudas (BRASIL, 2009).

Para a concretização de tais ações, a APS foi designada como sendo a ferramenta essencial, pois é nela, que devem ser assegurados os cuidados preventivos para a promoção de boas condições de saúde na infância, bem como os cuidados de promoção, prevenção e terapêutica, com o envolvimento dos profissionais da saúde, da família, da comunidade e de outros setores sociais (MELO; TONETE; SILVA, 2009).

Desse modo, considerando a importância dada à atenção à saúde da criança e a forma como o processo de trabalho em saúde se estrutura na APS,

torna-se passível o questionamento sobre o que as produções científicas existentes nos periódicos nacionais têm abordado a respeito do processo de trabalho na APS da criança.

Objetivo

Identificar na literatura nacional e apresentar o conhecimento científico produzido no que diz respeito ao processo de trabalho da equipe de saúde na assistência à saúde da criança no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Metodologia

Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa, método este que permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo. Tem como propósito inicial obter um profundo entendimento de um determinado fenômeno baseando-se em estudos anteriores (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Esta revisão foi desenvolvida seguindo as seis fases sugeridas por Mendes, Silveira, Galvão (2008): 1) identificação do tema central e a questão de pesquisa; 2) estabelecimento dos critérios de inclusão/exclusão; 3) definição das informações a serem extraídas; 4) avaliação dos estudos/artigos/publicações incluídos na revisão; 5) interpretação/discussão dos resultados e 6) apresentação dos resultados da revisão.

A ferramenta utilizada para a busca de dados foi a internet. Primeiramente, foi feita uma pesquisa prévia em base de dados conjunta (Centro Latino Americano de Informação em Ciências da Saúde - Lilacs), seguida de busca individual *online* em periódicos voltados à saúde pública e/ou coletiva e em periódicos da área de enfermagem, classificados no Qualis capes como A1, A2, B1 e B2, relacionados à temática, e que não tivessem surgido como opção de resultados na busca coletiva, a saber: Revista de Saúde Pública, Cadernos de Saúde Pública, Physis - Saúde Coletiva, Revista Latino-Americana de Enfermagem, Revista Brasileira de Enfermagem (Reben), Ciência, Cuidado e Saúde, Revista Escola de Enfermagem da USP, Acta Paulista de Enfermagem, Revista Gaúcha de Enfermagem, Texto e

Contexto Enfermagem, *Online Brazilian Journal of Nursing* (OBJN) e Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste (RevRene).

Os critérios para inclusão dos estudos foram: a) artigos publicados em português, independente do método de pesquisa utilizado; b) artigos que abordassem a temática de atenção primária a saúde das crianças, relacionados com o processo de trabalho em saúde da equipe; c) artigos que possuísem resumo e texto completo com acesso livre; e) artigos publicados no período entre julho de 2006 a abril de 2013.

As palavras-chave utilizadas para a busca foram: atenção primária à saúde, criança e trabalho. Todas foram cruzadas entre si em todas as suas possibilidades e fazem parte dos Descritores em Ciências da Saúde (DECs).

Para a seleção dos artigos, primeiramente foi feita a leitura dos títulos e dos resumos. Após a aplicação dos demais critérios de inclusão/exclusão, de um total de 225 artigos, obteve-se uma amostra final de 12 artigos, cuja análise é apresentada no quadro a seguir.

Quadro 1 – Artigos selecionados para a revisão integrativa. Cascavel, PR, 2013.

AUTORIA	FONTE, VOLUME E NÚMERO	ANO DE PUBLICAÇÃO	TEMÁTICA DO ESTUDO
MONTEIRO, et al.	Revista Rene, v.13, n.4	2012	Humanização do atendimento à criança na atenção básica: visão dos profissionais
SOUSA; ERDMANN	Reben, v.6, n.5	2012	Qualificando o cuidado à criança na Atenção Primária de Saúde.
COSTA, et al.	Ciência e Saúde Coletiva, v.16, n.7	2011	Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeira, Minas Gerais (MG, Brasil).
MONTEIRO, et al.	Revista Rene, v.12, n.1	2011	A enfermagem e o fazer coletivo: acompanhando o crescimento e o desenvolvimento da criança.
SILVA; RAMOS	Revista Gaúcha de Enfermagem, v.32, n.2	2011	O trabalho de enfermagem na alta de crianças hospitalizadas: articulação da atenção hospitalar e básica.
SOUSA; ERDMANN; MOCHEL	Texto e Contexto - Enfermagem, v. 20	2011	Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde.
ALEXANDRE, et al.	Online Brazilian Journal of Nursing, v. 9	2010	Organização da atenção básica à saúde da criança segundo profissionais: pesquisa qualitativa.
SOUSA; ERDMANN; MOCHEL	Revista Gaúcha de Enfermagem (Online), v. 31, n.spe	2010	Modelando a integralidade do cuidado à criança na Atenção Básica de Saúde.
RIBEIRO; ROCHA;	Cadernos de	2010	Acolhimento às crianças na atenção

RAMOS-JORGE	Saúde Pública, v.26, n.12		primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família.
PINA, et al.	Acta Paulista Enfermagem, v.22, n.2	2009	Contribuições da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância ao acolhimento de crianças menores de cinco anos.
SILVA, et al.	Cadernos de Saúde Pública, v. 25, n.2	2009	Perspectivas de médicos do Programa Saúde da Família acerca das linhas de cuidado propostas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil.
FLORES PEÑA; ALMEIDA; DURANZA	Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]. v. 14, n.5	2006	O processo de trabalho da enfermeira no cuidado à criança sadia em uma instituição de seguridade social do México.

Resultados

Por meio da análise das publicações selecionadas foi possível identificar nos estudos três elementos do processo de trabalho: objeto de trabalho, instrumentos de trabalho e finalidade do trabalho, os quais são apresentados a seguir.

Objeto de trabalho em saúde

Quanto ao objeto de trabalho em saúde, compreendido como sendo o cuidado aplicado à satisfação das necessidades humanas de saúde, no qual incide a ação do trabalhador, os estudos mencionaram que a assistência à saúde da criança na APS estava pautada no modelo de assistência individual, curativo e biológico, que aborda as inúmeras e complexas necessidades humanas e de cuidado de forma biologicista, centrado na doença e no corpo físico e biológico (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008; ALEXANDRE et al., 2010; COSTA et al., 2011; MONTEIRO et al., 2011; SILVA; RAMOS, 2011). Há uma mescla no modelo de atenção à saúde, com ênfase no modelo hegemônico centrado nas práticas curativas, sanitárias e de vigilância (ALEXANDRE et al., 2010), em que percebe-se uma lógica de predomínio do processo de saúde curativo, individual, de produção de conhecimentos médicos que conformam os modelos assistenciais, complementam Costa et al. (2011).

A APS também foi descrita como um espaço de reprodução da mesma lógica dos serviços hospitalares atuando de forma prescritiva, individual e curativa:

As poucas atividades preventivas e de promoção da saúde demonstram que o PSF atua em muitos momentos como um suporte do hospital e mais um local de atendimento médico, dificultando, portanto, a assimilação da integralidade em prol da reorientação do modelo assistencial (COSTA et al., 2011, p. 3239).

Desta maneira, os estudos evidenciaram que nos serviços de APS, o objeto de trabalho pauta-se em práticas superficiais e pontuais realizadas em indivíduos cuidados de forma individual e biológica. O cuidado humano, que tem como ideal a consideração do indivíduo como um ser social e atuante dissipa-se nestas práticas de saúde.

A atenção à saúde na sua subjetividade pressupõe transformações e requer, no cotidiano dos profissionais de saúde, uma postura ética, política e moral de reconhecimento da diferença, da diversidade das demandas apresentadas pela população infantil em que o cuidado aplicado seja um cuidado amoroso, sensível, humano, solidário e terapêutico, conciliando as várias dimensões da vida e do viver, aliando aos aspectos biológicos, sociais, culturais e psicológicos (SOUSA; ERDMANN, 2012).

Instrumentos de trabalho

Os instrumentos de trabalho servem para dirigir a atividade do trabalhador sobre o objeto de trabalho, podendo ser do tipo material (medicamentos, instalações) e não-material (saberes) (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008).

Quanto a esses instrumentos, dois estudos (FLORES PEÑA; ALMEIDA; DURANZA, 2006; SOUSA; ERDMANN, 2012), mencionaram uma assistência de saúde às crianças na APS configurada como uma prática centrada em procedimentos, rotinas pré-estabelecidas, em que o trabalho vivo é substituído pelo trabalho morto, devido à importância institucional expressa nos protocolos e rotinas do serviço compactadas.

As mães qualificaram as consultas como sendo rápidas e que muitas vezes não valia a pena aguardar muito tempo para ter esse tipo de atendimento rotineiro, sendo impossível estabelecer um espaço de interação entre trabalhador e usuário

devido ao tempo desta consulta. Outro fator indicado que evidencia que o trabalho morto prevalece é o padrão de comunicação monossilábico, sem espaço para que as mães possam expressar suas dúvidas, sentimentos, dificuldades e necessidades para proporcionar cuidado a seus filhos (FLORES PEÑA; ALMEIDA; DURANZA, 2006).

Outra publicação retrata as deficiências existentes na estrutura física das unidades e no que se refere aos recursos humanos, abordando que há falta de coerência entre a estrutura física existente e o modelo proposto na ESF, afirma ser necessário ampliar o número de profissionais das equipes, em especial o médico e o enfermeiro e promover capacitação constante dos profissionais para instrumentalizá-los nas ações que requer a APS (ALEXANDRE et al., 2010).

Outro estudo (SOUSA; ERDMANN; MOCHEL, 2011) quanto a infraestrutura das unidades da APS, ressalva certa insegurança por parte das mães em relação ao atendimento da unidade básica de saúde pela falta de recursos diagnósticos e suporte terapêutico, referindo que nos casos de doenças mais graves, procuram o serviço de urgência, o que eleva o número de encaminhamentos para os níveis secundários e terciários de saúde. “O acesso universal a serviços resolutivos e eficazes parece não estar configurado nas Unidades de Saúde da Família”, complementam os autores (SOUSA; ERDMANN; MOCHEL, 2011, p. 269).

Ainda, quanto a estrutura, Silva et al. (2009) enfatizaram como sendo precária a infra-estrutura para os atendimentos em emergência na unidade básica de saúde, elencando vários motivos para que alguns atendimentos de emergência não sejam realizados dentro de unidades: falta de insumos, infra-estrutura pobre, excesso de famílias gerando um número desmedido de consultas. Os relatos desse estudo também consideraram a necessidade de treinamento da equipe.

Quanto à integralidade do cuidado à saúde da criança, o modo de produzir cuidado não alcança os preceitos idealizados pela mesma, inviabilizando a resolução dos problemas de saúde das crianças, em que a articulação das ações entre a atenção básica, média e alta complexidade ocorre informalmente e de forma descontínua, o que leva à pouca eficácia e insegurança por parte da população e dos próprios profissionais (SILVA; RAMOS, 2011, SOUSA; ERDMANN; MOCHEL, 2011).

Ainda, nesse sentido, Silva e Ramos (2011) indicam uma lacuna existente no processo de trabalho de enfermagem no pós-alta hospitalar de crianças, por

praticamente não existir a articulação da atenção hospitalar e básica, uma vez que o agir integral dos enfermeiros da atenção básica nem sempre consegue ultrapassar seu espaço de trabalho e os profissionais envolvidos vêm a reconhecer a existência de limitações em sua atuação nessa articulação, as quais remetem à necessidade de reorganização do seu processo de trabalho.

Uma das alternativas de proporcionar um cuidado integral aos indivíduos no âmbito da APS é a utilização da ferramenta do acolhimento. No estudo de Ribeiro; Rocha e Ramos-Jorge (2010), ao avaliar o acolhimento dos profissionais de saúde na APS, as respostas foram satisfatórias quanto à postura e resolutividade das ações, segundo a visão das cuidadoras das crianças evidenciando que a proposta do acolhimento contribui para a escuta, valorização e condutas pautadas na integralidade da demanda assistida.

Outro estudo (PINA et al., 2009) indicou contribuições de se realizar o acolhimento nas unidades de saúde, o que permitiria uma comunicação com outros membros da equipe, encaminhamento para consulta médica, com posterior diálogo entre médico e profissionais responsáveis pelo atendimento, a fim de acompanhar crianças que requerem cuidados especiais e aquelas contrarreferidas após o encaminhamento. No entanto, ressaltam que para efetivação de tal estratégia, é necessária a criação de espaço reservado e equipado para o acolhimento, ou seja, condições de trabalho adequadas para possibilitar a mudança do processo de trabalho.

A comunicação, como ferramenta de instrumento de trabalho, também foi evidenciada em alguns estudos (FLORES PEÑA; ALMEIDA; DURANZA, 2006, SOUSA; ERDMANN, 2012;) como uma dificuldade enfrentada durante o cuidado à criança, impedindo que a mãe se sinta a vontade para questionar e esclarecer dúvidas devido ao tempo reduzido das consultas, imposição do profissional que conduz a um diálogo educativo, muitas vezes impositivo (FLORES PEÑA; ALMEIDA; DURANZA, 2006).

Já em outro estudo (MONTEIRO et al., 2012) realizado com profissionais de saúde para compreender a visão dos mesmos sobre humanização na APS, os profissionais reconheceram a importância da comunicação no processo de escuta e acolhimento dos pacientes, de forma a compreender os problemas apontados pelo usuário e o modo de tentar resolvê-los.

Em outro estudo (SOUSA; ERDMANN, 2012) foi evidenciado que o processo de comunicação quando não utilizado de forma adequada interfere no cuidado prestado, pois o torna um ato impessoal e descompromissado. Visto que reduz o universo do cuidado e dos saberes a um ato estruturado, rígido, remetendo mães e crianças à condição de não sujeitos, apenas cumpridores de determinações dos atos em saúde preconizados e orientados pelos profissionais.

Dessa forma, o processo de cuidar retira a autonomia e os saberes inerentes aos indivíduos, e as prescrições de saúde não são incorporadas pelos usuários. Os problemas de saúde permanecem inertes em um contexto unilateral de prescrição-ação.

Contudo, faz-se necessário que os profissionais da saúde repensem suas práticas e atuem em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, promovendo a integralidade por meio das ferramentas existentes na APS, como o acolhimento, vínculo e responsabilização no processo de comunicação e das práticas de saúde.

Satisfação e vínculo correspondem aos anseios dos usuários exigindo escuta qualificada juntamente com um desempenho clínico dos profissionais para alcançá-los. Ressalta-se também, o acolhimento como atributo norteador da produção do cuidado, para identificar as necessidades da criança e sua família por meio da escuta e valorização da queixa trazida, promovendo vínculo entre usuários e equipe (NÓBREGA et al., 2013).

Finalidade do trabalho

A finalidade do trabalho representa a intencionalidade do processo de trabalho, a ideia prévia de concretizar o produto desejado, por meio de direção e perspectiva no qual será realizada a transformação do objeto em produto (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008).

Em relação à finalidade do trabalho, um estudo (SOUSA; ERDMANN; MOCHEL, 2010) apontou para a existência de trocas de saberes, experiências e habilidades em uma articulação entre as ações desenvolvidas pelos profissionais da mesma equipe e entre equipes. Ressaltam que o trabalho em equipe relaciona-se com saberes profissionais de um trabalho coletivo, em busca de desafios nos modos de cuidar, de organizar e operacionalizar a gestão do cuidado. Ainda, os

participantes reconhecem a importância da ação intersetorial envolvendo vários organismos da sociedade civil e do Estado na resolução dos problemas da criança. O importante é proporcionar e efetuar uma ação mais abrangente pela participação de setores e instituições que se complementam para o alcance de resultados, tornando a ação do cuidar e do cuidado mais dinâmica e produtiva.

Acerca da intersetorialidade, Silva et al. (2009) apontou que parte dos entrevistados, demonstraram ênfase em parcerias como as feitas com a pastoral da criança e uma creche, demonstrando que a solidariedade entre todos os níveis sociais e entre o público e o privado precisa ser considerada para a resolução de problemas que transcendem o campo da atuação médica. Segundo esses autores, muitos entrevistados rumam para um novo paradigma médico: a visão global do sujeito e do seu adoecimento, em que o paciente está inserido dentro de uma realidade histórica em que o caráter biologizante da teoria das doenças não é negado, mas acrescido de variáveis psicológicas e socioeconômicas na elucidação do processo singular de sofrimento. Talvez essa visão mais abrangente proporcione um espaço no qual a particularidade seja ouvida, compreendida e utilizada, tanto para o entendimento do processo de adoecer quanto para restaurar a autonomia daquele que demandou cuidados de saúde.

A assistência humanizada deve se dar na combinação dos conhecimentos técnicos de um profissional e de sua capacidade de interação com o outro, que vai desde saber trabalhar em equipe até a forma como interage com quem está sob os seus cuidados. Assim é que a postura profissional torna-se um importante instrumento para a humanização, pois por meio dela pode ocorrer uma maior interação do profissional com o cliente (RIBEIRO; ROCHA; RAMOS-JORGE, 2010).

Quanto a esta postura profissional, outro estudo (SOUSA; ERDMANN, 2012) traz uma conjectura de que para efetivação de transformações nas práticas de saúde às crianças, as equipes de saúde, requerem uma postura ética, política e moral de reconhecimento das diferenças da diversidade das demandas apresentadas pela população infantil, assim como as respostas oferecidas para solucioná-las. Tal estudo aponta que o cuidado é aquele em que a aproximação com a família se efetiva e as mães e as crianças são conhecidas pelo nome. Que apela para o cuidado diferente, o cuidado amoroso, sensível, humano, solidário e terapêutico, que busca conciliar as várias dimensões da vida e do viver, aliando aos aspectos biológicos, os sociais, culturais e psicológicos.

Desse modo, busca-se construir uma prática emancipatória, colaborando com o processo de autonomia e responsabilidade dos indivíduos com a sua saúde, mediante uma relação horizontalizada, valorizando o diálogo e a capacitação dos indivíduos sobre o seu processo saúde-doença, permitindo-lhes influir em decisões que afetem a vida de suas crianças, de sua família e da coletividade (MONTEIRO et al., 2011).

Considerações

A revisão integrativa possibilitou apreender que o processo de trabalho em saúde, no que se refere à assistência à saúde da criança no âmbito da APS, pauta-se em ações curativas e individualizadas, centradas em único profissional. Assim como, as práticas de saúde se voltam para rotinas diárias e procedimentos realizados de forma pontual, dificultando o processo de comunicação entre mãe e equipe, o que impede o estabelecimento do vínculo e de tornar as unidades de saúde como serviço de primeiro contato dos usuários. Quanto às unidades, as mesmas possuem estrutura deficiente, com falta de recursos materiais e de pessoal capacitado e treinado, o que leva a dificuldade na prestação de um cuidado humanizado e resolutivo.

No entanto, quanto à finalidade do trabalho, os estudos demonstraram que a equipe possui uma noção de prestação de cuidado em saúde ideal, em que prevalecem ações em coletividade, envolvendo a intersectorialidade, integralidade e humanização, porém, é possível que sem estrutura e condições de trabalho, como visto nos estudos, a prestação desse cuidado fique prejudicada.

O cuidado à criança ofertado na APS deve estar focado nas suas necessidades, em um espaço de interação entre trabalhadores e na díade criança-família, que permita a escuta e o estabelecimento de vínculo e responsabilização, para que a mãe possa expressar suas dúvidas relacionadas ao cuidado de seu filho, ser acolhida e encaminhada, quando necessário, aos demais pontos de atenção, por uma rede de serviços planejada, organizada e estruturada que lhes assistam de maneira integral e resolutiva nos aspectos sociais, biológicos, culturais e psicológicos.

3 METODOLOGIA

3.1 Abordagem do estudo

O presente estudo faz parte de uma pesquisa multicêntrica, envolvendo a Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Universidade Estadual de Londrina (UEL) e Universidade Federal da Paraíba (UFPB), no qual objetivou avaliar os modelos de atenção em saúde dos serviços de APS (USF e UBS tradicional) no cuidado à saúde da criança. Foi aprovada pelo edital universal CNPq de número 474743/2011-0 (Anexo A).

Segundo Contandriopoulos et al. (1997, p. 31) avaliar “consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção (programa) ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”. Esse programa, complementam os referidos autores, passa por dois tipos de avaliação, a avaliação normativa em relação a normas e critérios e a pesquisa avaliativa em que propõe examinar por um procedimento científico as relações que existem entre os diferentes componentes de uma intervenção.

Para tanto, este estudo como um recorte do projeto multicêntrico, se desenvolveu por meio de uma abordagem qualitativa e quantitativa com vista a avaliar os processos de trabalho e estrutura da APS existente no município de Cascavel, PR.

Bryman (1992 apud FLICK, 2004) identifica alguns caminhos na interpretação das pesquisas quantitativa e qualitativa, abordando que a pesquisa qualitativa pode apoiar a quantitativa e vice-versa, ambas combinadas podem fornecer uma quadro mais amplo da questão estudada. Os aspectos da estrutura são analisados quantitativamente e os processos são analisados por meio de abordagens qualitativas, como é o caso deste estudo. Infere também, que a perspectiva dos pesquisadores orienta as abordagens quantitativas e a pesquisa qualitativa destaca a percepção dos sujeitos.

Ainda, neste sentido, Minayo e Sanches (1993) ressaltam que tanto do ponto de vista quantitativo quanto qualitativo, é possível utilizar todos os métodos e técnicas que as mesmas desenvolveram cientificamente, sendo desejável que as relações sociais sejam analisadas em seus aspectos mais ‘ecológicos’ e ‘concretos’

e aprofundadas em seus principais significados, assim, o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa.

May (2004) complementa que ao avaliar esses diferentes métodos, é importante prestar atenção aos seus pontos fortes e fragilidades na produção do conhecimento social, sendo necessária a compreensão de seus objetivos e da prática.

Sobre pesquisa qualitativa, entende-se que a mesma “trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes”, compreendida como parte da realidade social, o qual dificilmente pode ser representado por meio de números e indicadores quantitativos (DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2010, p. 21-2).

Para Richardson; Peres (2008, p. 90), a pesquisa qualitativa “pode ser caracterizada como a tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados”.

O estudo qualitativo desenvolve-se numa situação natural, possui riqueza de dados descritivos, em um plano aberto e flexível, focalizando a realidade de maneira complexa e contextualizada.

Tem como finalidade não apenas fazer um relatório ou descrição dos dados pesquisados, e sim, relatar o desenvolvimento das interpretações dos dados obtidos. Por meio deste método, o pesquisador entra em contato direto e prolongado com indivíduos ou grupos, com o ambiente ou com a situação que está sendo investigada; analisa os dados intuitivamente e preocupa-se não só com os resultados, mas também, com o processo e o produto (MARCONI; LAKATOS, 2011).

Flick (2009) menciona como sendo aspectos essenciais da pesquisa qualitativa a escolha correta dos métodos e das teorias, o reconhecimento e análise de diferentes perspectivas, as reflexões dos pesquisadores acerca da produção de conhecimento de suas pesquisas e abrangência de uma variedade de abordagens e métodos.

Para Marconi; Lakatos (2011), o enfoque quantitativo tem como características evidenciar a observação e a valorização dos fenômenos, estabelecer ideias, demonstrar o grau de fundamentação, inspecionar ideias provenientes da análise e propor novas observações visando esclarecer, modificar ou fundamentar ideias.

Sendo assim, a presente pesquisa aborda ambos os métodos quantitativo e qualitativo para o alcance dos objetivos propostos, de forma que um vem complementar o outro, dispondo e apresentando resultados congruentes que permitam maiores reflexões acerca das questões relacionadas à estrutura e processos que envolvem as práticas de saúde com o cuidado à criança na APS.

3.2 Referencial Metodológico

O referencial metodológico eleito para dar sustentação à interpretação dos dados qualitativos é a hermenêutica filosófica (GADAMER, 2007; AYRES, 2007; AYRES, 2008; AYRES, 2009).

Para Habermas (1987, p. 26) a Hermenêutica se refere a uma ‘capacidade’ adquirida à medida que se aprende a ‘dominar’ uma linguagem natural: “à arte de compreender um sentido linguisticamente comunicável e, no caso das comunicações perturbadas, torná-lo inteligível”.

Tal abordagem relaciona-se a uma forma de construir/compreender o presente-passado-futuro baseado em processos interpretativo-compreensivos, no qual favorece compreensão sobre algo, apropriação de uma situação não tão esclarecida e que se tornou problemática, necessitando ser repensada (GADAMER, 2007).

A hermenêutica filosófica surge quando uma questão e sua aplicação emergem em uma pergunta, um questionamento, que move, desacomoda e necessita ser tematizado em um movimento dialético entre pergunta e resposta (GADAMER, 2007).

Tal autor aborda um antigo princípio da hermenêutica – aquele que inclui e desacomoda os horizontes, levando à reconstrução das totalidades compreensivas através do qual, concomitantemente, situa-se o mundo e situa à nós mesmos e aos outros, tal mundo é da aplicação. A aplicação é o impulso prático que produz uma necessidade de relacionar-se com alguma experiência, interpretando seus significados para saber o que fazer. Esse movimento vem a envolver um processo produtor de totalidades de sentido (a compreensão) no qual permite articular algo conhecido - o próprio horizonte - com a experiência que desacomoda, desafia, estimula, questiona o horizonte do outro.

Por isso, a hermenêutica está onde uma pergunta estabelece um diálogo, desencadeia uma fusão de horizontes. Esta pergunta é a aplicação. Como síntese das implicações da aplicação da hermenêutica tem-se: toda hermenêutica começa com uma pergunta, uma aplicação; a aplicação hermenêutica pode ser traduzida como um interesse que levou a um entendimento sobre algo; há uma indeterminação e desconhecimento que envolve toda hermenêutica que não pode ser identificável e controlável; aproximar-se da verdade na perspectiva hermenêutica é pertencer ao curso que ela estabelece, ao que ela propõe conhecer ou reconhecer como relevante a respeito da pergunta prática que a gerou (AYRES, 2008).

Ainda Habermas (1987) incita que ao se tentar compreender e tornar algo ininteligível em compreensível, a hermenêutica filosófica traz a experiência de que as formas de uma linguagem natural são suficientes para esclarecer o sentido dos contextos simbólicos, por mais estranhos e inacessíveis que possam ser num primeiro momento.

Não é por acaso que falamos da arte de compreender e tornar inteligível, porque a capacidade de interpretação, de que dispõe todo falante, pode ser estilizada e mesmo desenvolvida como uma habilidade técnica. Esta arte (ou técnica) se relaciona simetricamente com a arte de convencer e persuadir em situações em que são trazidas para decisões questões práticas (HABERMAS, 1987, p. 26).

O mesmo autor complementa que a hermenêutica filosófica traz à consciência, orientação reflexiva, experiências que são feitas na linguagem ao se comunicar, presentes, portanto, ao mover-se na linguagem.

Para Gadamer (2007) há a linguagem dos olhos, das mãos, a linguagem de palavra, a linguagem dos gestos, dos costumes e das formas de se expressar de modos de vida diferentes, a linguagem é sempre uma relação de um com o outro. Sendo assim, a linguagem não deve ser vista somente como linguagem de palavras, mas como maneira de comunicação, que significa no sentido mais amplo, toda comunicação, não somente fala, mas também gestos, tudo o que faz parte das relações linguísticas das pessoas, complementa o autor citado.

No campo da saúde, muitos aspectos relacionados às suas práticas podem ser estudados na abordagem hermenêutica, devido representar um campo em

constante tarefa de interpretação e síntese de saberes, o que proporciona condições para reconhecer diferentes interesses e oposições que estão presentes em uma determinada interação, o que cria novas possibilidades para sua ressignificação e reconstrução (AYRES, 2007).

A diferença, segundo Ayres (2007) é a presença ativa dos sujeitos, não sendo esse, considerado “sujeito-alvo” das ações, na condição de receptor de ações de causa-controle do adoecimento; tampouco sujeito técnico com estreito saber e portador de instrumentos que identificam e transformam regularidades causais. Trata-se da presença de ambos, usuários e profissionais, da população e dos serviços de saúde, que sejam portadores de compreensões e projetos relativos à existência compartilhada, que participam e tomam decisões referentes aos seguintes questionamentos: “Que fazer, ou não fazer?” (Por quê? Para quê?) e “Como fazer” (Com que meios? Em que medida?) (AYRES, 2007, p. 52).

Valorizar a perspectiva hermenêutica no modo de operar o cuidado implica assumir que a objetualidade, inerente a qualquer ação de saúde, não deve ser o produto de um saber exclusivamente instrumental, provido pelo arsenal científico-tecnológico de um profissional ou serviço que se aplica sobre um substrato passivo, o usuário ou a população. A objetualidade deve se produzir no encontro entre os sujeitos autênticos que buscam soluções convenientes, sob o ponto de vista de ambos, para a prevenção, superação e/ou recuperação de processos de adoecimento (AYRES, 2007, p. 52-3).

O enfoque hermenêutico da saúde defendido por Ayres (2007) propõe a reconstrução humanizadora das práticas de saúde, em que profissionais, serviços, programas e políticas de saúde estejam mais humanos e responsivos à suas ações, em busca do êxito técnico de suas intervenções em um caminho que conduza aos projetos de felicidade dos usuários (AYRES, 2007).

Mesmo nessa perspectiva, a proposta hermenêutica proporciona tensão, estranhamentos e resistências, mesmo muito já tendo sido produzido e experimentado, muitas são também as dificuldades, pois ainda não é possível ter-se resultados práticos consistentes de sua aplicação sistemática e extensiva (AYRES, 2007).

Assim, acredita-se que o referencial da hermenêutica seja indicado para auxiliar a compreender os significados das ações na observação do processo de trabalho a que este estudo se propõe.

3.3 Técnica de coleta de dados

Para obtenção dos dados quantitativos, a fim de possibilitar a avaliação da estrutura das unidades, foi utilizado um instrumento (Apêndice A) contendo componentes da infraestrutura e serviços das unidades de saúde conforme as exigências da normativa para edificações de unidades de saúde – Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) 50, a qual apresenta o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde (ANVISA, 2002). Tal instrumento foi preenchido na etapa da coleta de dados da pesquisa multicêntrica deste estudo pelo conjunto dos participantes da pesquisa.

Para obtenção dos dados qualitativos, foi utilizada a Observação Não Participante, a qual possibilitou apreender o processo de trabalho nas Unidades de Atenção Primária no município de Cascavel, identificando as dificuldades existentes para a resolutividade da saúde da criança.

Deslandes; Gomes e Minayo (2010) consideram a observação, um método que possibilita a compreensão da realidade, na qual o pesquisador se coloca como observador de uma situação social, com intuito de realizar uma investigação científica.

A observação não é apenas uma das atividades mais difundidas na vida diária; é também um instrumento básico da pesquisa científica. A observação torna-se uma técnica científica à medida que serve a um objetivo formulado de pesquisa, é sistematicamente planejada, sistematicamente registrada e ligada a proposições mais gerais e, em vez de ser apresentada como conjunto de curiosidades interessantes é submetida a verificações e controles de validade e precisão (SELLTIZ; WRIGHTSMAN; COOK, 1987).

Para Richardson; Peres (2008), na observação não participante, o investigador não toma parte no objeto de estudo como se fosse membro do grupo, apenas atua como um espectador atento que baseado nos objetivos da pesquisa, de posse de seu roteiro de observação (Apêndice B), vê e registra o máximo de fatos que versa sobre seu trabalho.

A observação pode ser concebida como uma técnica científica, a partir do momento em que é desenvolvida de forma sistematizada, planejada e tem um controle da objetividade. Dessa forma, o pesquisador observa a realidade por meio de um

olhar treinado em busca de acontecimentos singulares. A validade da observação é garantida quando se limita e define com exatidão os objetivos que se almeja atingir (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

O instrumento no qual é registrada a observação realizada pelo pesquisador denomina-se Diário de Campo. Segundo Minayo (2012), diário de campo nada mais é que um caderno em que constam todas as informações registradas nas observações sobre conversas informais, comportamentos, intuições, gestos, expressões que se referem ao tema da pesquisa.

Segundo Lüdke e André (2013), a observação permite ao pesquisador o contato direto com a realidade pesquisada. Nessa abordagem, o pesquisador deve presenciar o maior número possível de situações presentes no cotidiano, por meio do seu contato direto com a realidade, o que o ajudará a compreender as situações e suas manifestações, buscando as respostas para o problema inicialmente formulado.

Os referidos autores ainda apontam que o ambiente natural, neste caso, as unidades de atenção primária, é o ideal para a coleta dos dados e o pesquisador é considerado o principal instrumento para essa coleta. Os dados coletados em campo são descritivos, há, então, maior preocupação com o processo em si do que com os resultados, onde a atenção do pesquisador deve estar voltada para os significados das ações dos pesquisados.

3.4 Cenário da Pesquisa

Para a análise da estrutura, a pesquisa foi desenvolvida nos serviços de APS do município de Cascavel, PR. E para análise do processo de trabalho, compreendeu uma unidade básica de saúde e uma unidade de saúde da família, localizadas na área urbana do município.

A cidade de Cascavel localiza-se na Região Oeste do estado do Paraná, distante 491 km da capital, apresenta uma área de 2.100 Km², com população estimada de 305.615 habitantes (IBGE, 2013), sendo que destes, 8,2% são menores de cinco anos, conforme censo demográfico 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

No site oficial do município foram encontrados dados que ilustram a conformação da realidade de vida das pessoas, tais como a densidade demográfica,

descrita em 2010 como 136,83 hab/Km², o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M) de 0,810, o PIB Per Capita definido como 15.214, o índice de Gini de 0,590, o grau de urbanização do município em 94,35%, a taxa de pobreza de 17,03% e a taxa de analfabetismo em 7,0% (CASCAVEL, 2012).

Na atenção à saúde, Cascavel, à época da coleta de dados desta pesquisa, teve modificações na sua rede de atenção primária, em relação à coleta de dados da pesquisa mãe. Possuía uma rede de serviços incluindo 22 UBS tradicionais, na área urbana, que foram reduzidas para 17. Havia 10 equipes de ESF, sendo duas em área urbana e oito em área rural, passando para 22 equipes de ESF, sendo 14 na área urbana e mantidas as oito na área rural.

Ao nível da atenção secundária, o município possui três unidades de pronto atendimento continuado, as UPA; 11 unidades especializadas, sendo o Ambulatório de Gestação de Alto Risco, o Laboratório Municipal (ambos na mesma área física), o Centro Especializado de Doenas Infecto Parasitárias (CEDIP), o Centro de Atenao Psicossocial Infantil (CAPS i), o Centro de Atenao Psicossocial (CAPS III), o Centro de Atenao Psicossocial  lcool e Drogas (CAPS AD), o Centro de Atenao em Saúde Mental (CASM), as Farm cias Básicas I e II e as Farm cias Populares I e II; além de clínicas privadas das mais diversas especialidades e dez hospitais, tanto privados, conveniados ao Sistema único de Saúde, quanto públicos e filantr picos (CASCAVEL, 2012).

As UBS, atualmente, compreendem: Aclimaao, Cancelli, Claudete, Faculdade, Guaruj , Palmeiras, Parque São Paulo, Parque Verde, Santa Felicidade, Vila Tolentino, XIV de Novembro, São Cristovão, Cascavel Velho, Floresta, Interlagos, Los Angeles, Pacaembu e Periollo. As 22 equipes de ESF estão localizadas no Morumbi (existente   época da coleta de dados), Santa Cruz, Santos Dumont, Cataratas, Colmeia, Brás Madeira, Interlagos e oito equipes USF na área rural, as quais também já existiam: Navegantes, Sede Alvorada, Juvino polis, Rio do Salto, Santa Bárbara, São Francisco, São João e São Salvador.

A oferta de servio de atenao primária,   época da coleta de dados sofreu transformaoes, visto que o município de Cascavel passou por mudanas de gestão e na forma de organizaao desses servios. A partir de janeiro de 2013 o município deixou de prestar atendimento em saúde para a populaao nas UBS em período estendido, que era das sete horas às 19 horas, optando pelo fechamento das unidades no período vespertino e mantendo-as abertas somente das sete horas às

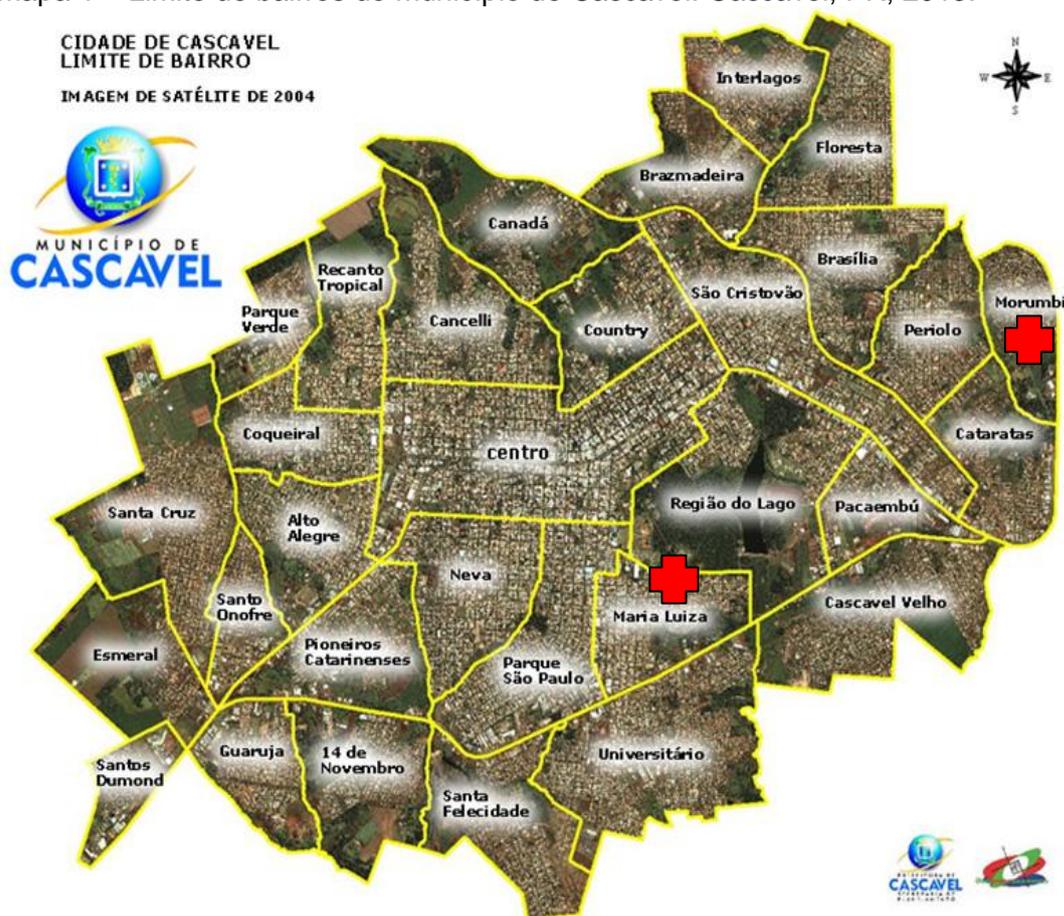
13 horas. Essa situação permaneceu até o mês de junho de 2013, quando algumas unidades retornaram ao funcionamento das sete às 19 horas como já o faziam anteriormente e outras passaram a operar na ESF, cumprindo oito horas diárias.

As unidades eleitas para a coleta de dados, uma delas com ESF, localizada no bairro Morumbi, na Região Leste do município e a outra, uma unidade de saúde tradicional, localizada no bairro Parque São Paulo, na região Centro-Sul, são apresentadas no mapa, a seguir, em que sua localização é sinalizada por meio do símbolo de uma cruz vermelha.

A escolha destas unidades foi efetuada da seguinte forma: a unidade com a ESF deveria localizar-se na área urbana, como a unidade do Morumbi era a única consolidada na região urbana à época da coleta de dados, a mesma foi escolhida para observação. Dentre as unidades básicas tradicionais, foram excluídas as que estavam operando apenas em meio período e foi realizado sorteio, em que a unidade do Parque São Paulo foi a sorteada.

Foram escolhidas duas unidades de saúde para observação com diferentes enfoques na abordagem do cuidado à saúde para exemplificar o processo de trabalho. Cada uma delas detalhando, de forma complementar, e com vistas a aprofundar aspectos da compreensão do processo de trabalho na saúde da criança, que não foram possíveis somente com a coleta de dados com o instrumento PCATool Brasil, versão criança (HARZHEIM et al., 2010), utilizado pela pesquisa mãe.

Mapa 1 – Limite de bairros do município de Cascavel. Cascavel, PR, 2013.



A unidade básica em estudo do bairro Parque São Paulo, está situada na Rua Wenceslau Braz, 429. O horário de atendimento era das sete às 19 horas, de segunda a sexta-feira. A unidade atende em média 150 pessoas por dia, respondendo por uma população de 22.019 habitantes, sendo 5.095 do bairro Maria Luiza, 10.371 do Parque São Paulo e 6.553 do centro.

No ano de 2011, havia 628 famílias cadastradas pelos agentes comunitários de saúde, com um total de 2.034 pessoas que são acompanhadas pelo PACS, sendo que 1.106 são do sexo feminino e 928 do sexo masculino, dos adultos, 603 têm idade entre 20 e 39 anos e 452 têm mais de 60 anos.

Já a USF do bairro Morumbi, está localizada na Rua São Roque, 1119 e faz divisa com o bairro Cataratas e Periolo. Seu horário de atendimento é das 08 horas às 12 horas e das 13 horas às 17 horas. Conta com uma população de 12 mil habitantes. Existem em torno de 1200 famílias cadastradas para cada equipe da ESF que são acompanhadas pelo PACS, totalizando 2400 famílias, porém cinco áreas do bairro estão descobertas pelo programa, ou seja, não há cadastro dessas

famílias devido não ter Agente Comunitário de Saúde (ACS) para acompanhá-las, segundo informações repassadas pelas ACS dessa unidade.

3.5 Sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo da etapa da observação foram os profissionais que atuavam nas duas unidades selecionadas.

Na ESF, os sujeitos da pesquisa foram os profissionais que constituem a equipe mínima da ESF, levando em consideração que nesta unidade atuam duas equipes, sendo dois médicos, dois enfermeiros, dois odontólogos, dois técnicos de enfermagem, dois técnicos em saúde bucal, dois auxiliares de saúde bucal e oito ACS. Ainda, complementado a equipe, participaram do estudo uma assistente social, duas recepcionistas, uma atendente de farmácia e duas servidoras responsáveis pelo serviço de apoio.

Na UBS Parque São Paulo os participantes do estudo foram: a enfermeira, o médico pediatra, quatro técnicas de enfermagem, três agentes comunitárias de saúde, duas técnicas em saúde bucal, dois odontólogos, três recepcionistas, uma assistente social, uma atendente de farmácia e duas servidoras responsáveis pelo serviço de apoio.

3.6 Coleta de Dados

A coleta de dados da estrutura das UBS ocorreu entre os meses de outubro de 2012 a fevereiro de 2013, conjuntamente com a coleta de dados da pesquisa mãe e foi realizada pelos participantes da pesquisa.

A coleta de dados da etapa da observação não participante se deu em datas e horários previamente agendados em cronograma, sem definição, a priori, do número de dias ou horas para observação, mas respeitando-se o critério de saturação. Ou seja, na medida em que o pesquisador ia observando e anotando no diário de campo sua apreensão da realidade, diariamente também ia digitando e relendo esses dados. Essa dinâmica de organização dos dados também permitiu que o pesquisador fosse encontrando as respostas aos seus questionamentos, o que possibilitou definir a interrupção da observação numa unidade e o início de

observação em outra. Assim, o período de observação totalizou 64 horas e 50 minutos, dos dias 21 de maio de 2013 a 31 de julho de 2013, ou 28 dias.

Não existe um limite de tempo para a observação participante, visto que as pesquisas qualitativas se caracterizam pela utilização de múltiplas formas de coleta de dados. Sendo assim, o consumo de tempo é inerente à necessidade de apreender os significados de fatos e comportamentos (BARROS; LEHFELD, 2004).

Para as atividades da pesquisa, foram seguidas determinadas etapas propostas por Richardson e Peres (2008). Na primeira etapa, houve a aproximação do pesquisador ao grupo social em estudo. Foi feito contato prévio com os enfermeiros das unidades em estudo, uma semana antes e comunicado a data de início das observações. No primeiro dia de observação, deu-se a apresentação dos objetivos da pesquisa, entrega dos documentos de autorização do comitê de ética em pesquisa e da autorização do campo de pesquisa, bem como, a apresentação da pesquisadora para a equipe participante.

Na segunda etapa, o pesquisador passou a ter uma visão de conjunto do local de estudo, empreendendo o estudo de alguns documentos e registros, bem como a realização de perguntas diretas aos sujeitos que pudessem auxiliar na compreensão da realidade. Nessa etapa, houve a descrição dos aspectos observados no cotidiano das unidades de saúde no que se refere à assistência à saúde da criança e quando havia dúvida de algum dado pertinente que não era passível de observação, os participantes da pesquisa eram questionados e imediatamente anotava-se no diário de campo.

Após a coleta dos dados, iniciou-se a terceira fase, que é a de sistematização e organização dos mesmos. A análise dos dados coletados deve informar ao pesquisador a situação real do grupo e a percepção deste sobre seu estado. As informações coletadas no Diário de Campo foram digitadas e armazenadas em um computador de uso pessoal e em um *pendrive*, em uma pasta denominada “diário de campo”.

Richardson e Peres (2008) complementam que, se todas as etapas forem seguidas adequadamente é possível afirmar que o trabalho terá êxito, o que favorecerá o conhecimento da realidade social estudada.

3.7 Análise dos Dados

As informações coletadas sobre a infraestrutura foram processadas, organizadas e tratadas por meio de estatística descritiva e os resultados obtidos discutidos quantitativamente e comparados com a literatura disponível acerca do tema. As informações coletadas do diário de campo provenientes da observação foram lidas repetidas vezes, de modo a identificar os significados e estrutura dos conteúdos, sendo utilizada para a análise de dados o método de Análise Temática.

A Análise Temática “comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, uma frase, um resumo” (MINAYO, 2012, p. 208). Para a autora, essa técnica é dividida em três etapas, a pré-análise em que é realizada a leitura das informações, são retomados os objetivos e elaborados os indicadores para a interpretação dessas informações. Em seguida, vem a exploração do material, em que se realiza a codificação, por meio de um recorte do texto em unidades de registro, tais unidades, podem ser uma palavra, uma frase, um tema, conforme estabelecido na pré-análise, assim, classificam-se e agregam-se os dados, definindo as categorias teóricas ou empíricas. E, por fim, o tratamento dos resultados e interpretação, no qual se propõe inferências e interpretações previstas no referencial teórico do estudo.

Desse modo, as informações coletadas, foram processadas e organizadas em categorias temáticas a partir dos relatos do diário de campo, os quais se encontram no Apêndice C.

3.8 Questões éticas

Os aspectos éticos necessários ao desenvolvimento de pesquisas com seres humanos foram observados em todas as etapas do desenvolvimento do estudo, conforme as Diretrizes e Normas de Pesquisas em Seres Humanos, da Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Unioeste – CEP/UNIOESTE da cidade de Cascavel/PR, e recebeu parecer de aprovação sob nº 044/2012 (Anexo B).

No decorrer da pesquisa foi revogada a Resolução 196/96 do CONEP, entrando em vigor a Resolução do CNS Nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Tal

resolução foi lida e apreciada, verificando-se que seus preceitos foram mantidos no desenvolvimento deste estudo.

Também, foi solicitada para a Secretaria Municipal de Saúde do município uma autorização para a realização desta pesquisa a qual foi aprovada e encontra-se sob Apêndice D.

4 RESULTADOS

A realização desta pesquisa, juntamente com as demais pesquisas do projeto multicêntrico, pretende auxiliar no planejamento e discussão de políticas públicas de assistência à saúde da criança nos níveis de APS e na rede interligada de cuidado a esse grupo, que merece atenção maior do Estado devido sua vulnerabilidade, entendendo que índices de mortalidade infantil elevados representam políticas de saúde fragmentadas e o reflexo de suas práticas não está alcançando o valor devido à prestação de cuidados à saúde da sua população.

Considera-se que um serviço de saúde fortemente orientado pelos atributos essenciais da APS (acesso ao primeiro contato, integralidade, coordenação e longitudinalidade), se torna capaz de prover atenção integral a sua comunidade adstrita.

Dessa forma, a partir dos resultados podem-se guiar as estratégias de planejamento e execução de ações no âmbito da APS para as crianças, por meio de discussões a respeito de como os serviços estão organizados e estruturados com base nos recursos físicos e humanos, planejar os serviços em rede integradora de cuidado integral a essas crianças e promover educação continuada capacitando a equipe de saúde para uma assistência integral e efetiva às crianças do município.

Os resultados estão organizados em três artigos contemplando as categorias temáticas obtidas por meio da análise qualitativa e também os dados quantitativos do estudo, com vistas a atender os objetivos deste, conforme segue:

- ❖ Primeiro Artigo: Efetividade do cuidado da criança na atenção primária: influência da estrutura e processo de trabalho.

Este artigo atende ao objetivo geral “Identificar aspectos de estrutura e processos dos serviços que exijam reafirmação ou reformulação na busca de qualidade para o planejamento e execução das ações de Atenção Primária à Saúde da Criança” e ao objetivo específico “Analisar a estrutura das unidades básicas de saúde de acordo com as diretrizes existentes para a área física da Atenção Primária à Saúde”.

Este artigo será enviado a Revista Brasileira de Enfermagem – REBEN, Qualis Capes A2 para Enfermagem e Área Interdisciplinar.

❖ Segundo Artigo: Acesso x resolutividade na atenção primária à saúde da criança.

❖ Terceiro Artigo: O processo de trabalho em saúde no cuidado da criança na atenção primária à saúde.

Estes artigos atendem ao objetivo geral “Identificar aspectos de estrutura e processos dos serviços que exijam reafirmação ou reformulação na busca de qualidade para o planejamento e execução das ações de Atenção Primária à Saúde da Criança” e ao objetivo específico “Apreender o processo de trabalho em duas unidades de atenção primária para identificar os nós críticos para a resolutividade da Atenção Primária à Saúde da Criança”.

O segundo artigo será enviado ao periódico Texto & Contexto Enfermagem, Qualis Capes A2 para Enfermagem. E o terceiro artigo será enviado a Acta Paulista de Enfermagem, Qualis Capes A2 e área Interdisciplinar Qualis Capes B2.

Os artigos a seguir estão apresentados de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT para a apresentação textual e de acordo com as normas (Anexo C) de cada periódico.

**EFETIVIDADE DO CUIDADO DA CRIANÇA NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA: INFLUÊNCIA DA ESTRUTURA E PROCESSO DE
TRABALHO**



Unidade Básica de Saúde (UBS)
Parnaíba, PI - 2009

**EFETIVIDADE DO CUIDADO DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
INFLUÊNCIA DA ESTRUTURA E PROCESSO DE TRABALHO
EFFECTIVENESS OF CARE IN PRIMARY HEALTH CHILDREN: INFLUENCE
OF THE STRUCTURE AND PROCESS OF WORK
EFICACIA DEL CUIDADO DEL NIÑO EN ATENCIÓN PRIMARIA:
INFLUENCIA DE LA ESTRUCTURA Y PROCESO DE TRABAJO**

Anna Luisa Finkler

Cláudia Silveira Viera

Cláudia Ross

Phallcha Luízar Obregón

Rosa Maria Rodrigues

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso

RESUMO

Objetivou-se analisar a estrutura das unidades de atenção primária da área urbana de um município no Oeste do Paraná, comparativamente às diretrizes existentes para a área física de unidades de saúde nesse âmbito de atenção e analisar a influência da estrutura no processo de trabalho de duas equipes de atenção primária, tradicional e estratégia saúde da família. Metodologia qualitativa, com instrumento de coleta de dados com questões fechadas para avaliação da estrutura e uso da técnica de observação para apreender o processo de trabalho das equipes. Análise quantitativa estatística descritiva e qualitativa por unidades temáticas. Os resultados relacionados à estrutura física mostraram os itens minimamente necessários, exigidos na normativa das edificações dos serviços de saúde. Contudo, tal estrutura, seus fluxos de trabalho e a organização do processo de trabalho, exercem uma influência negativa no processo de trabalho da equipe, tanto da unidade tradicional quanto na estratégia saúde da família.

Palavras-chave: Atenção primária. Enfermagem pediátrica. Criança. Trabalho em saúde.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the structure of primary care units in the urban area of a municipality in western Paraná, compared to guidelines existent to these physical areas and analyze the influence of the structure in the process of working to two primary teams, family health strategy and traditional care unit. Qualitative and quantitative methodology, data collection instrument with closed questions to assess the structure and use of the technique of observation to

understand the process of work. Descriptive statistic analysis for quantitative dates and thematic units for qualitative dates. The results related to the physical structure showed minimally necessary items required in the rules of the constructions of health services. However, such a structure, their workflows and organization of the work process, exert a negative influence on the process of team work, both in the traditional unit as the family health strategy.

Key-words: Primary care. Nursing pediatric. Child. Health work.

RESUMEN

Estudio con objetivo analizar la estructura de las unidades de atención primaria en el área urbana de un municipio en el oeste de Paraná, en comparación con las directrices en establecimientos de salud y analizar la influencia de la estructura en el proceso de trabajo de dos equipos primarios, la estrategia salud de la familia y la atención tradicional. Metodología cualitativa y cuantitativa, instrumento de recolección de datos con preguntas cerradas para evaluar la estructura y el uso de la técnica de la observación en el proceso de trabajo. Análisis cuantitativo descriptivo y unidades temáticas para los datos cualitativos. Los resultados relacionados con la estructura física mostraron elementos mínimamente necesarios requeridos en las normas de las construcciones de los servicios de salud. Sin embargo, tal estructura, sus flujos de trabajo y la organización del proceso de trabajo, ejercen una influencia negativa en el proceso de trabajo, tanto en la unidad tradicional cuanto de la estrategia de salud de la familia.

Palabras-clave: Atención primaria. Enfermería pediátrica. Niño. Trabajo en Salud.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) surge como estratégia para orientar a organização do sistema de saúde e responder as necessidades da população. A adequada organização dos serviços de APS contribui na melhora da atenção, impactando positivamente na saúde da população e na eficiência do sistema em até 80%⁽¹⁾. Segundo a autora, dentre as propostas da APS, tem-se a criação de estratégias reorganizativas que aproximem a população dos serviços de saúde e estabeleçam laços de proximidade, conhecimento e resolução dos problemas de saúde como um todo, por meio de ações de prevenção e promoção da saúde, oferecendo serviços próximos de onde as pessoas vivem e trabalham.

Um dos grupos populacionais que necessitam de assistência em saúde prioritária e acompanhamento constante pela APS é a população infantil.

Desde a década de 1980, inúmeros programas e políticas vêm sendo criados com intuito de reduzir a mortalidade infantil no país a partir da mudança do modelo tecnoassistencial, ampliando o acesso aos serviços de saúde, desfragmentando a assistência e realizando mudanças na forma de cuidar de gestantes, recém-nascidos e crianças⁽²⁾.

Para realizar as devidas mudanças, necessita-se, dentre outros aspectos, que alterações sejam realizadas no processo de trabalho da equipe da APS. Este processo de trabalho deve se desenvolver de forma que sua finalidade seja o alcance das necessidades de saúde, concretizadas por meio do cuidado em saúde que se caracteriza por ser o objeto de trabalho da equipe⁽³⁾.

Considera-se dessa forma, que o trabalho em saúde seja executado em uma perspectiva que valorize as relações entre usuários e profissionais, que se estabeleça vínculo, contato por meio da fala e escuta, que tenha acolhimento (trabalho vivo em ato), ao contrário de estar centralizado em procedimentos, tecnologias e equipamentos (trabalho morto)⁽³⁾.

Além disso, é importante que a concepção arquitetônica das Unidades Básicas de Saúde – UBS, esteja de acordo com os valores da comunidade, que o acesso a essa unidade seja facilitado e que sua identificação seja clara e uma referência para os usuários⁽⁴⁾. Uma unidade de saúde equipada e estruturada em seus recursos básicos permite a realização de práticas de saúde eficientes que atendam as variadas demandas de saúde no aspecto da prevenção, cura e reabilitação dos indivíduos.

Neste contexto, o estudo teve como objetivos analisar a estrutura das unidades de atenção primária (saúde da família e tradicionais) da área urbana de um município no Oeste do Paraná, comparativamente às diretrizes existentes para a área física de unidades de saúde nesse âmbito de atenção e analisar a influência da estrutura no processo de trabalho de duas equipes de atenção primária, uma tradicional e outra com estratégia saúde da família.

Pressupõe-se que as unidades de APS possuem estrutura adequada influenciando positivamente no processo de trabalho das equipes de ambas as unidades.

METODOLOGIA

O estudo faz parte de uma pesquisa multicêntrica de avaliação dos serviços de Atenção Primária à Saúde (saúde da família e unidades tradicionais) no cuidado à saúde da criança, aprovado pelo edital universal CNPq de número 474743/2011-0. Os dados expostos neste texto foram retirados da dissertação de mestrado da pesquisadora.

Desenvolveu-se por meio de abordagem quanti-qualitativa, em que os aspectos da estrutura são analisados quantitativamente e o processo de trabalho por meio de abordagem qualitativa.

Como referencial teórico-metodológico para dar sustentação à interpretação dos dados qualitativos, elegeu-se a hermenêutica filosófica. No campo da saúde, muitos aspectos relacionados às suas práticas podem ser estudados na abordagem hermenêutica, visto representar um campo em constantes tarefas de interpretação e síntese de saberes, o que proporciona condições para reconhecer diferentes interesses e oposições que estão presentes em uma determinada interação, o que cria novas possibilidades para sua ressignificação e reconstrução⁽⁵⁾.

Assim, acredita-se que o referencial da hermenêutica seja indicado para auxiliar a compreender os significados das ações na observação do processo de trabalho a que esse estudo se propõe.

Para obtenção dos dados quantitativos foi utilizado um instrumento contendo componentes da infraestrutura e serviços das unidades de saúde conforme as exigências da normativa para edificações de unidades de saúde – Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) 50, a qual apresenta o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde⁽⁶⁾. Tal instrumento foi preenchido na etapa da coleta de dados da pesquisa multicêntrica deste estudo pelo conjunto dos seus participantes, de outubro de 2012 a fevereiro de 2013 sendo a amostra composta por todas as unidades de saúde de APS urbanas do município, correspondendo a 23 unidades.

Já para obtenção dos dados qualitativos, foi utilizada a técnica da observação não participante, a qual possibilitou apreender o processo de trabalho nas unidades de atenção primária no município do estudo, identificando as dificuldades existentes para a resolutividade da atenção à

saúde da criança. O período de coleta foi de maio a julho de 2013. O instrumento utilizado para o registro da observação foi o diário de campo, cujas anotações citadas nesse estudo foram identificadas como OBS, seguido do número correspondente ao dia observado e a sigla UBS para a observação realizada na UBS tradicional e USF para a unidade da ESF. Esta etapa da coleta de dados foi desenvolvida em dois serviços de APS do município estudado, uma unidade básica de saúde tradicional e uma unidade de saúde da família, localizadas na área urbana. Os sujeitos do estudo foram os profissionais que atuam nas duas unidades elencadas.

Os dados coletados quanto a infraestrutura foram processados, organizados e tratados por meio de estatística descritiva e os resultados obtidos discutidos quantitativamente e comparados com literatura disponível acerca do tema. Já as informações coletadas do diário de campo provenientes da observação foram lidas repetidas vezes e tratadas por meio do método de Análise Temática, contemplando as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação⁽⁷⁾, o que possibilitou a construção de categorias que explicitassem os resultados, das quais aqui se apresenta a influência da estrutura no processo de trabalho das equipes investigadas.

Os aspectos éticos necessários ao desenvolvimento de pesquisas com seres humanos foram observados em todas as etapas do desenvolvimento do estudo, conforme as Diretrizes e Normas de Pesquisas em Seres Humanos, da Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP e resolução CS 466/12. O projeto de pesquisa foi aprovado por Comitê de Ética com parecer nº 044/2012 de 26/04/12.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estrutura física e oferta de serviços à criança nas unidades de saúde

Apresentam-se os dados obtidos com os componentes da estrutura física das unidades de saúde do município, bem como os serviços ofertados para a população infantil nesses locais.

A presença de componentes da estrutura física, das 23 unidades básicas de saúde do município estudado, assim se apresenta: o setor de administração e gerência, área de espera, área externa, área de serviço, depósito de material de limpeza e sala de curativos estavam presentes em 22 (95%) unidades; o almoxarifado em 21 (91%); a sala para os Agentes Comunitários de Saúde em 19 (82%); a sala de inalação coletiva em 18 (78%); a sala de procedimentos e o banheiro dos funcionários em 17 (73%); o consultório odontológico em 16 (69%); o escovário em 15 (65%); a sala de atividades coletivas em 14 (60%); a área para ambulância em 13 (56%); a sala de coleta de exames em 11 (47%); o sanitário para deficientes em nove (39%); a central de esterilização e a sala de observação em sete (30%) unidades. Já a área de recepção, consultórios, consultórios ginecológicos, copa/cozinha, farmácia, sala de vacina e sanitário para usuários, estavam presentes em todas as unidades.

As salas de esterilização e de observação configuram-se como os componentes menos presentes nas unidades pesquisadas. A ausência de salas de esterilização nas unidades atende ao critério de economia de escala⁽⁸⁾, pois a centralização dessa atividade produz economia de recursos para os municípios que a adotam. Já a ausência de salas de observação está em contrariedade à recente proposição de redes de atenção a saúde, como a rede de urgência/emergência, em fase de implantação no estado do Paraná, a qual indica que qualquer ponto de atenção no sistema de saúde, e isso inclui a atenção primária, é local para prestar pronto atendimento em situações de urgência/emergência⁽⁹⁾.

De forma geral, as unidades de saúde apresentaram os componentes mínimos estruturais de assistência à saúde da população. Há de se considerar, que grande parte dessas unidades foram edificadas há cerca de 20 anos, o que pode justificar a inexistência de determinados componentes estruturais exigidos a partir do Regulamento Técnico que data do ano de 2002, o qual foi utilizado para a avaliação do componente estrutura física neste estudo.

As unidades de saúde devem garantir em sua estrutura física livre acesso de todos os cidadãos, principalmente os portadores de necessidades especiais. Nas unidades investigadas, a presença de componentes estruturais necessários ao atendimento desse público apresentou os seguintes achados:

sanitários adaptados estavam presentes em 11 (47%) unidades; as barras de apoio em 12 (53%); o uso do corrimão em oito (34%); as rampas de acesso em 18 (78%); as larguras das portas adequadas em 11 (47%) e piso antiderrapante em quatro (17%).

Fica evidenciado que as unidades de saúde não estão regulares com as normativas de edificações para atender ao portador de necessidades especiais, faltando, em muitas delas, diversos componentes.

Tais resultados convergem com outros estudos realizados⁽¹⁰⁻¹²⁾. No estudo⁽¹²⁾ em UBS de sete estados do país, a conclusão foi de que cerca de 60% delas foram classificadas como inadequadas para o acesso de idosos e portadores de deficiências especiais.

Investigaram-se, neste estudo, outros componentes da área física, os quais são recomendados pela normativa para edificações de unidades de saúde do Ministério da Saúde, contudo sem obrigatoriedade de sua presença. Os resultados obtidos demonstraram a presença de tais componentes: acesso aos portadores de necessidades especiais em 13 (56%) unidades; sala de espera com cadeiras confortáveis em 11 (47%), oferta de bebedouros de fácil acesso em 100% das unidades; piso sem obstáculos em 14 (60%); banheiros para usuários e sinalização no interior em 10 (43%); sala para palestras em seis (26%) unidades; atendimento informatizado e o sistema de arquivos informatizado em 15 (65%), encontram-se em processo de implantação tais sistemas, em quatro (17%) unidades.

Assim, evidencia-se que mais da metade das unidades de saúde apresentaram déficit dos componentes sugeridos, sobressaindo a falta de sala para palestras, seguido de falta de sinalização no interior das unidades e falta de salas de espera e de banheiros estruturados para os usuários.

Em contrapartida, foi observado que quanto aos sistemas de informação em unidades de saúde, no que se refere ao atendimento e aos arquivos informatizados, mais da metade das unidades de saúde possuem esses serviços implantados. Em quatro delas, no momento da coleta de informações, estavam em implantação. Contudo, nenhuma unidade de saúde disponibilizava prontuário eletrônico e rede interligada de comunicação.

Os prontuários clínicos eletrônicos são indispensáveis no setor saúde, pelas seguintes razões: reduzir os custos, eliminar papel, tornar as informações

dos usuários instantaneamente disponíveis para os profissionais de saúde, permitir o compartilhamento de informações em tempo real entre os profissionais de saúde e instituições para melhorar a tomada de decisões, integrar as ferramentas de apoio a decisões na prestação dos serviços de saúde e criar uma base de informações para profissionais de saúde, gestores e prestadores⁽⁸⁾.

Outro aspecto investigado foi os serviços existentes ao público infantil no município estudado. Os resultados apontam a presença de consultas médicas em pediatria, visita domiciliar realizada pelo ACS, acompanhamento domiciliar de crianças com doenças crônicas, vacinação específica para a faixa etária e agendamento de consultas e encaminhamento especializado, tais serviços estavam presente em 100% das unidades. Já as consultas de enfermagem-puericultura e visita domiciliar de enfermeiros, médicos ou assistente social, aconteciam em 21 (91%) unidades; salas de aleitamento materno em duas (8%); acompanhamento nutricional em 16 (69%); coleta para teste do pezinho e nebulização em 22 (95%); tratamento odontológico para crianças em 16 (69%).

Pode-se afirmar que os resultados apresentados dos serviços prestados nas unidades de saúde, voltados para o público infantil, encontram-se na forma de procedimentos, ou seja, as ações podem ser definidas como procedimento-centradas. Esse tipo de trabalho, centrado em procedimentos possui maior custo e se torna pouco resolutivo, pois os modelos assistenciais configuram-se mais como produtores de procedimentos, sem assumir compromissos com os usuários e suas necessidades, os procedimentos passam a ser a finalidade última do trabalho⁽³⁾.

As unidades de saúde têm apresentado a execução de ações, programas e assistência às crianças, com exceção das orientações para o aleitamento materno, pois 92% das unidades de saúde não contemplam espaço adequado para este fim. Para o restante das ações, os dados demonstraram que estas têm sido executadas de forma rotineira nas unidades pesquisadas.

A influência da estrutura no processo de trabalho

Em relação à estrutura física das unidades de saúde observadas, foi possível tecer as seguintes considerações, a respeito da unidade que abriga duas equipes de saúde da família:

O prédio aparenta ser antigo e apresenta-se mal conservado. Quanto à pintura encontra-se desgastada, portas e janelas enferrujadas, paredes remendadas e tamanho pequeno para abrigar duas equipes de Saúde da Família [...] as recepcionistas ficam em um espaço pequeno, cuja impressora utilizada fica em outro local da unidade. Toda vez que imprimem um documento (exames, consultas com especialidades), tem que deslocar-se até a impressora, repetindo o trajeto várias vezes ao dia [...] todas as salas e consultórios da unidade são pequenos, alguns locais, como sala de procedimentos, imunização, farmácia, sala do ACS, dos enfermeiros e assistente social, foram improvisadas, pois as paredes são divisórias feitas de material compensado [...] o corredor dos consultórios é escuro e estreito, lá os pacientes aguardam para ser chamados para consulta médica. Neste mesmo corredor são realizados os procedimentos de inalação e nebulização, não existindo uma sala específica para esse fim (OBS 1 USF).

[...] chovia muito neste dia e muitos pacientes que estavam na fila, se abrigavam da chuva, encolhidos, pois a recepção da unidade não comportava todas as pessoas em seu interior (OBS 13 USF).

Não há materiais necessários para atender a população na clínica odontológica (OBS 13 USF).

Para realizar a puericultura, as duas equipes possuem uma única balança infantil e uma régua antropométrica para verificar a estatura na sala de um dos enfermeiros. Assim, para assistir as crianças pequenas (recém-nascidos e até um ano de idade) que são atendidas na unidade é preciso entrar na sala do enfermeiro onde está guardado esse material, para medir e pesar (OBS 1 USF).

Em relação à estrutura física da UBS tradicional observada, percebe-se que:

A construção da UBS tem em torno de cinco a seis anos, é espaçosa, apresentável, comporta a demanda necessária, existem cadeiras tanto na recepção e nos corredores dos consultórios para os pacientes ficarem acomodados ao aguardarem atendimento (OBS 2 UBS).

O que se evidencia nas unidades de saúde estudadas, é que existem diferenças na configuração estrutural das mesmas, nem todas construídas para a finalidade a que se destinam. A UBS tradicional foi construída recentemente, na tentativa de atingir os padrões requisitados na normativa para edificações de unidades de saúde, conforme resultados da infraestrutura apresentados anteriormente. Já a USF encontra-se em condições desfavoráveis e precárias, como em grande parte das unidades de atenção primária existentes no restante do país, levando à interferência na prestação do cuidado em saúde destinado à comunidade, como verificado em outros estudos realizados⁽¹³⁻¹⁶⁾.

O Ministério da Saúde⁽⁴⁾ aponta que as UBS devem ser compatíveis com a atividade das equipes em seu trabalho com a comunidade, dando respostas às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência, e que os espaços necessários devem ser adequados à realidade local, à população adstrita e ao número de usuários.

A estrutura física descrita na observação da USF permite afirmar que a mesma traz impedimentos para o acesso da população ao serviço, pois não existe área física disponível para realização de procedimentos, os quais são feitos no corredor da unidade, bem como tem recursos materiais limitados, o que influencia no processo de trabalho da equipe. Estudo realizado sobre o acesso mostrou que as unidades de atenção primária não estão cumprindo com seu papel de possibilitar acesso à população infantil ao serviço de saúde⁽¹⁷⁾.

Além de questões estruturais, outro aspecto observado que influencia na qualidade da assistência prestada à saúde da criança, foi relacionado aos recursos humanos que atuam nesses locais:

[...] havia falta de funcionários, o enfermeiro encontrava-se na pré-consulta verificando sinais vitais enquanto as mães com crianças aguardavam pela puericultura, uma ACS anotava as medidas no relatório e no prontuário, também, ia pesar os bebês na sala do enfermeiro [...] muitas pessoas aguardavam para retirar medicamentos, tomar vacina, consultar, fazer inalação e poucos funcionários para realizar o trabalho (OBS 10 USF).

A equipe parece estar desmotivada, escutei frequentemente reclamações dos funcionários, referindo vontade de se aposentar, de se transferir, de não ser mais profissional de saúde (OBS 13 USF).

Na UBS, tem três profissionais médicos, clínicos, que se revezam nos dias da semana para atender a população (OBS 2 UBS).

Na recepção, das sete às oito horas da manhã, os ACS atuam como recepcionistas: atendem pacientes, pegam prontuários e organizam o serviço neste local (OBS 4 UBS).

O número de ACS não está completo. A área de abrangência da unidade compreende 17 micro-áreas e só tem três ACS, permanecendo 14 micro-áreas descobertas, ou seja, famílias sem cadastro e sem acompanhamento pela UBS (OBS 15 UBS).

Os relatos acima denotam a escassez de recursos humanos nas equipes de saúde das unidades avaliadas. Muitos membros das equipes necessitam exercer funções de outros colegas, já que quando há falta, transferência ou férias de um membro da equipe, o mesmo não é substituído, permanecendo uma lacuna no quadro de trabalhadores do serviço. Um estudo avaliou fatores determinantes da carga de trabalho de trabalhadores de uma UBS e pode-se concluir que o trabalho na UBS agrega na sua organização, fatores que causam situações de sofrimento na vivência cotidiana de seus trabalhadores, como as condições de trabalho, limitações de espaço físico e limitação no número efetivo de profissionais frente à demanda de usuários com estrutura frágil para lidar com absenteísmo⁽¹⁸⁾.

Outros estudos^(19,20) têm demonstrado que o modo como o trabalho vem sendo organizado e estruturado (vínculos de trabalho precários, falta de condições estruturais, relações interpessoais prejudicadas etc) não possibilita e não dão condições desses trabalhadores exercerem suas atividades e de assistir à população como necessário. Essa situação, decorrente do modo como o trabalho está organizado, pode refletir em adoecimento e sofrimento por parte dos trabalhadores.

Estudo indica que a melhoria nas condições de trabalho poderia promover a motivação para o trabalho em saúde, pois a valorização dos trabalhadores possibilita o desenvolvimento de uma atenção à saúde de qualidade e efetiva. Ressalta ainda, a importância de conhecer o processo de trabalho das equipes de ESF para (re) pensar e refletir sobre a organização e a produção do cuidado em saúde⁽¹⁶⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados obtidos e de acordo com os objetivos propostos no presente estudo, compreendeu-se que no que se refere à estrutura física das unidades básicas de saúde do município estudado, em termos quantitativos, apresentaram-se resultados aceitáveis.

De forma geral, as 23 unidades avaliadas continham os itens minimamente necessários exigidos na normativa das edificações dos serviços de saúde, porém, ao avaliar de forma qualitativa a estrutura verificou-se por meio da observação, que tal estrutura, exerce uma influência negativa no processo de trabalho da equipe, ao vivenciar condições de trabalho insatisfatórias, como falta de recursos humanos, de materiais de consumo e de estrutura adequada para absorver a demanda existente.

Tais achados ganham expressão se somá-los aos demais estudos existentes que delineiam as condições das unidades básicas de saúde do país, possivelmente expressando a falta de prioridade do Estado em investir e melhorar esses locais, que, como já mencionado, a grande maioria delas datam de construções efetivadas há cerca de vinte anos.

A APS do município estudado necessita de reformulações em seu aspecto estrutural e organizacional, com investimentos que permitam estabelecer novas instalações e provimento de pessoal com condições de realizar seu trabalho de maneira a atingir as necessidades de saúde da população, em especial, a população infantil que carece de maior atenção e acompanhamento da equipe na APS.

Dessa forma, apreende-se que o processo de trabalho da equipe de saúde da APS sofreu influência da estrutura que está organizada atualmente no município. Faz-se necessário melhorias a ser implementadas por parte da gestão, permitindo o acolhimento e efetividade do cuidado, principalmente ao grupo infantil.

Contrariamente ao esperado, evidenciou-se que na unidade tradicional, as possibilidades de atuação profissional e de produção do cuidado, no que tange ao ambiente e processo de trabalho foram significativamente mais favoráveis do que na unidade que abrigava a ESF. Esta última, ao se projetar como inovação, só alcançará os resultados a que se propõe, caso condições

adequadas sejam incorporadas, como por exemplo, as relativas à estrutura física e organização do processo de trabalho, fundamentais na qualificação do cuidado em saúde e do cuidado à criança em especial.

Agradecimentos:

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq; ao Grupo de Pesquisa em Enfermagem Materno-Infantil – GPEMI; aos Acadêmicos dos cursos de Enfermagem, Medicina e especialização em Saúde Pública – *lato sensu* da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE, Campus Cascavel-PR.

REFERÊNCIAS

- 1 Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- 2 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- 3 Merhy E, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2004.
- 4 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
- 5 Ayres JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/IMS/ABRASCO; 2009.
- 6 Agência Nacional de vigilância Sanitária. RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: ANVISA; 2002.

7 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2012.

8 Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: OPAS; 2011.

9 Secretaria Estadual de Saúde (PR), Rede de atenção à urgência e emergência, Paraná Urgência [Internet]. Gráfica do Estado: Curitiba; 2012. [acesso em 2013 out 10]. Disponível em:
<http://www.sesa.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2982>.

10 Nascimento VF. Acessibilidade de deficientes físicos em uma unidade de saúde da família. Revista Eletrônica Gestão & Saúde [Internet]. 2012 [acesso em 2013 out 15]; 3(3):1031-44. Disponível em:
<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/174/pdf>.

11 França ISX, Pagliuca LMF, Baptista RS, França EG, Coura AS, Souza JA. Violência simbólica no acesso das pessoas com deficiência às unidades básicas de saúde. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2010 [acesso em 2013 nov 09];63(6): 964-70. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672010000600015&lng=en&nrm=iso.

12 Siqueira FCV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Thumé E, Tomasi E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. Ciênc. saúde coletiva. [Internet]. 2009 [acesso em 2013 out 15];14(1): 39-44. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000100009&lng=en&nrm=iso.

13 Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Ferreira MLS, Reis RS, Franceschini SCC. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeiras, Minas Gerais. Ciênc. saúde coletiva. 2011;16(7):3229-40.

- 14 Sousa FGM, Erdmann AL, Mochel EG. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. *Texto & contexto enferm.* 2011;20(n. spe): 263-271.
- 15 Alexandre A, Bicudo D, Fernandes A, De Souza C, Maftum M, Mazza V. Organization of primary health care of children second professional: qualitative research. *Online braz j nurs.* [Internet]. 2010 [acesso em 2013 abr 06]; 9(1):12 telas. Disponível em:
<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2801>.
- 16 Marqui ABT de, Jahn AC, Resta DG, Colomé ICS, Rosa Nda, Zanon T. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. *Rev Esc Enferm USP.* 2010 [acesso em 2013 nov 22]; 44(4):956-61. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/.
- 17 Oliveira BRG, Viera CS, Collet N, Lima RAG. Acesso de primeiro contato na atenção primária em saúde para crianças. *Rev RENE.* 2012;13(2):332-42.
- 18 Silva NR. Fatores determinantes da carga de trabalho em uma unidade básica de saúde. *Ciênc. saúde coletiva.* [Internet]. 2011 [acesso em 2013 jul 02];16(8): 3393-3402. Disponível em:
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000900006&lng=en&nrm=iso.
- 19 David HMSL, Mauro MYC, Silva VGS, Pinheiro MAS, Silva FH. Organização do trabalho de enfermagem na Atenção Básica: uma questão para a saúde do trabalhador. *Texto & contexto enferm.* [Internet]. 2009 [acesso em 2013 jul 01];18(2): 206-14. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072009000200002&lng=en&nrm=iso.
- 20 Dilelio AS, Facchini LA, Tomasi E, Silva SM, Thumé E, Piccini RX et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção

primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad. saúde pública [Internet]. 2012 [acesso em 2013 jun 18];28(3): 503-14. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012000300011&lng=en&nrm=iso.



Estratégia Saúde da Família
Ministério da Saúde - 2008

ACESSO X RESOLUTIVIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA

ACESSO X RESOLUTIVIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA

ACCESS X RESOLUTION IN THE PRIMARY HEALTH IN CHILD

ACCESO X RESOLUCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DEL NIÑO

Anna Luisa Finkler¹

Cláudia Silveira Viera²

Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla³

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso⁴

RESUMO

O cuidado à criança na Atenção Primária a Saúde visa à promoção de saúde por meio de ações de vigilância e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Um dos aspectos necessários para se efetivar o cuidado, é o acesso aos serviços de saúde. O estudo objetivou apreender o acesso em duas unidades de atenção primária, com distintos processos de trabalho e avaliar se o mesmo contribuiu para a resolutividade da assistência à saúde da criança nesse âmbito. Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa, com utilização da hermenêutica. Foi realizada em uma unidade básica de saúde tradicional e uma unidade de saúde da família, por meio da técnica de observação não participante. Concluiu-se que o acesso aos serviços de saúde apresentou fragilidades quanto ao cuidado à saúde da criança e que a proposta do acolhimento pode construir relações estáveis e promover o cuidado humanizado à demanda infantil na atenção primária à saúde.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde. Criança. Atenção Primária à Saúde. Avaliação dos serviços de saúde. Enfermagem Pediátrica.

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Mestrado Biociências e Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE - Campus Cascavel, PR. Rua Doutor Flores, 1066. Bairro: Centro. Toledo, PR. (45) 3054- 6508. annalufinkler@yahoo.com.br

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. Docente do Curso de Enfermagem e do Programa de Mestrado Biociências e Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina – UEL.

⁴ Enfermeira. Doutora em Ciências pelo Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP. Docente do Curso de Enfermagem e do Programa de Mestrado Biociências e Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE.

* Artigo extraído do projeto de dissertação intitulado “O processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde da Criança em unidade básica de saúde e unidade saúde da família”, do Programa de mestrado Biociências e Saúde, turma 2012-2014, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, Cascavel, PR.

ABSTRACT

The child care in Primary Health aims to promote health through surveillance and monitoring growth and development. One of the aspects necessary to become effective care is access to health services. The study aimed at understanding access in two primary care settings, with different work processes and evaluate whether this contributed to the outcomes of health care to the child in that respect. This is a qualitative research approach, using hermeneutics. Was performed at a basic traditional health and family health unit, using the technique of non-participant observation. It was concluded that access to health services showed weaknesses regarding the health care of the child and that the proposed host can build stable relations and promote child humanized care demand in primary health care.

Key-words: Access to Health Services. Child. Primary Health Care. Evaluation of health services. Pediatric Nursing.

RESUMEN

El cuidado de niños en Primaria de la Salud tiene como objetivo promover la salud a través de la vigilancia y la vigilancia del crecimiento y desarrollo. Uno de los aspectos necesarios para convertirse en el cuidado efectivo es el acceso a los servicios de salud. El estudio tuvo como objetivo comprender el acceso en dos centros de atención primaria, con diferentes procesos de trabajo y evaluar si esto contribuyó a los resultados de la atención de salud para el niño en ese sentido. Se trata de un enfoque de investigación cualitativa, utilizando la hermenéutica. Se realizó en una unidad básica de salud y la salud de la familia tradicional, utilizando la técnica de observación no participante. Se concluyó que el acceso a los servicios de salud mostró debilidades en cuanto a la atención de la salud del niño y que el anfitrión propuesto puede construir relaciones estables y promover niño demanda un cuidado humanizado en la atención primaria de salud.

Palabras-clave: Acceso a los Servicios de Salud Infantil. Primaria Evaluación de la Atención de la Salud de los servicios de salud. Enfermería Pediátrica.

INTRODUÇÃO

O cuidado a ser prestado à criança na Atenção Primária à Saúde (APS) visa a promoção de saúde por meio de ações prioritárias de vigilância e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil neste âmbito. Faz-se necessário o estabelecimento de condições para a prestação desse cuidado, fortalecendo os atores envolvidos por meio do provimento de recursos e subsídios às equipes de saúde e de autonomia e responsabilização aos usuários, para que o trabalho em saúde alcance sua finalidade que é a de resolver as necessidades de saúde¹ da criança, sua família e da comunidade na qual ela convive.

Um dos aspectos necessários para se efetivar o cuidado, é o acesso dos indivíduos aos serviços de saúde, sendo indispensável o desenvolvimento

de mecanismos de cooperação e coordenação, os quais respondam às necessidades de saúde individuais nos âmbitos local e regional, ou seja, a instituição de um “sistema sem muros”, que elimine as barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção.^{2: 68}

O acesso como primeiro contato com os serviços de APS, caracteriza-se como um dos atributos essenciais da APS e denota a “acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde”,^{3:61} em que envolve desde a avaliação da acessibilidade, como parte dos elementos estruturais, como também da utilização dos serviços, como elemento processual.

Pode-se dizer que um serviço acessível é aquele de fácil abordagem, disponível às pessoas, no qual não há barreiras geográficas, gerenciais, financeiras, culturais ou de comunicação, possibilitando que os indivíduos recebam atenção, e que esta seja resolutiva, ou seja, que o problema seja resolvido ou naquele ou em outro ponto de atenção, ao primeiro contato com o serviço.⁴

Nessa perspectiva, o estudo traçou como objetivo apreender o acesso em duas unidades de APS, uma tradicional e outra de saúde da família, com distintos processos de trabalho e avaliar se o mesmo contribui para a resolutividade da assistência à saúde da criança nesse âmbito, nesses dois modelos utilizados no Brasil. Pressupõe-se que o acesso à assistência à saúde da criança na unidade com Estratégia Saúde da Família seja mais efetivo se comparado à unidade de saúde tradicional.

METODOLOGIA

O presente estudo faz parte de uma pesquisa multicêntrica de avaliação dos serviços de Atenção Básica à Saúde (saúde da família e unidades tradicionais) no cuidado à saúde da criança, aprovado pelo edital universal CNPq de número 474743/2011-0, compreendendo uma etapa da dissertação de mestrado da pesquisadora.

Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa que utilizou como referencial teórico-metodológico na interpretação dos dados a hermenêutica filosófica,⁵⁻⁸ por considerar que a saúde, constitui-se em um campo em constantes tarefas de interpretação e síntese de saberes, o que

proporciona condições para reconhecer diferentes interesses e oposições que estão presentes em uma determinada interação, criando novas possibilidades para sua ressignificação e reconstrução.⁶

A coleta de dados foi desenvolvida em uma unidade básica de saúde tradicional e uma unidade de saúde da família, localizadas na área urbana de um município localizado na região oeste do estado do Paraná. A escolha das unidades foi efetuada da seguinte forma: unidade de ESF com a estratégia consolidada na região urbana à época da coleta de dados; unidades básicas tradicionais que estivessem operando em tempo integral, ou seja, 12 horas por dia. Selecionada por sorteio. Os sujeitos do estudo foram todos os profissionais que atuam nessas duas unidades.

Para a obtenção dos dados qualitativos, utilizou-se a técnica da observação não participante, por meio de um roteiro, foram observados os seguintes aspectos: como ocorre o acesso das crianças nas unidades de saúde (agendamento ou livre demanda), qual a demanda prevalente na procura dos serviços, quais as ações dos profissionais no atendimento às crianças. O período de coleta de dados foi de maio a julho de 2013, com uma média de quatro horas de observação diária, de segunda a sexta-feira. O instrumento utilizado para o registro da observação foi o diário de campo, cujos dados citados nesse trabalho foram identificados como OBS, seguido do número correspondente ao dia observado e a sigla UBS para a observação realizada na UBS tradicional e USF para a unidade da Estratégia Saúde da Família, seguidos dos números de cada dia de observação.

As informações coletadas do diário de campo provenientes da observação foram lidas repetidas vezes e tratadas por meio do método de Análise Temática, conduzida contemplando três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação⁹. Na pré-análise estabeleceu-se o primeiro contato com o material, identificando-se os núcleos de sentido, em seguida explorou-se por meio de recortes das partes representativas dos textos do diário de campo e, por fim os dados foram agrupados e interpretados possibilitando a construção de uma categoria que explicitasse o acesso aos serviços nas unidades investigadas.

Os aspectos éticos necessários ao desenvolvimento de pesquisas com seres humanos foram observados em todas as etapas do desenvolvimento do

estudo, conforme as Diretrizes e Normas de Pesquisas em Seres Humanos, da Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e resolução CS 466/12. O projeto de pesquisa foi aprovado por Comitê de Ética sob parecer nº 044/2012.

RESULTADOS

Apresenta-se em um quadro a categoria “A influência do processo de trabalho no acesso e resolutividade da atenção à saúde da criança na atenção primária à saúde” com suas sub-categorias e os relatos de observação em cada uma delas, conforme abaixo.

Quadro 1 – Categoria sistematizada. Cascavel, PR, 2013.

<p>Onde são recebidos os familiares e as crianças quando chegam à unidade de atenção primária</p>	<p><i>Os usuários chegam ao balcão solicitando determinadas informações, as recepcionistas orientam ou encaminham para os respectivos setores que são solicitados: curativos, vacina, inalação (OBS 3 UBS).</i></p> <p><i>[...] se for de vacina falam para chegar à sala de vacina, se precisar falar com a enfermeira, explicam o caminho da sala de enfermagem (OBS 13 UBS).</i></p> <p><i>As informações repassadas na recepção se dão de forma pontual, o atendimento desse usuário depende do direcionamento da recepção: “onde fica a sala de vacina? [pergunta o usuário] dê a volta e aguarda no saguão [responde a recepcionista]”, “gostaria de falar com a enfermeira? ela não se encontra hoje, está de atestado”, responde a recepcionista e a mulher vai embora (OBS 3 USF).</i></p>
<p>Organização do serviço e sua influência no acesso</p>	<p>Um dos motivos que leva o serviço de recepção a portar-se como barreira ou filtro, pode ser explicitado, a seguir:</p> <p><i>Antes das oito horas da manhã são os Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) que fazem o trabalho da recepção, é bem corrido para dar conta de atender os pacientes, pegar os prontuários, marcar consultas de especialidades, atender telefone e repassar informações requisitadas pelos usuários (OBS 4 UBS).</i></p> <p>Outro aspecto limitador do acesso aos serviços é a questão das filas de pessoas que se formam nas unidades e o atendimento médico</p>

	<p>pautado pelo número de fichas:</p> <p><i>Os pacientes necessitam ficar na fila todos os dias para conseguir ficha, chegam em torno de quatro, cinco horas da manhã, é o vigia da unidade que avisa quantas fichas estarão disponíveis naquele dia (OBS 2 ESF).</i></p> <p><i>Pela manhã, cerca de 30 pessoas aguardam a unidade abrir formando duas filas, uma para cada médico da área de abrangência da ESF. Depois que abre a unidade, as recepcionistas entregam as fichas conforme a ordem na fila, se não sobrar ficha o usuário vai embora, ou se ele estiver passando muito mal e quiser aguardar, é realizada uma avaliação. Nesta, crianças e gestantes são encaminhados para o atendimento médico na unidade, os demais, são dispensados pela equipe (OBS 6 USF).</i></p> <p>Na ESF é realizada uma avaliação desses usuários que não conseguem atendimento médico. Essa avaliação é denominada equivocadamente de acolhimento pela equipe:</p> <p><i>As pessoas que não conseguem ficha naquele dia e quiserem aguardar para passar por uma avaliação, podem aguardar. Nessa avaliação, é feita a pré-consulta (medidas de sinais vitais) e se estiver tudo bem, o paciente é liberado, se não estiver, falam [técnicos e/ou auxiliares de enfermagem] para o paciente ir para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (OBS 13 USF).</i></p> <p><i>Fazem uma avaliação na pré consulta [técnicos e/ou auxiliares de enfermagem] em que são medidos o peso e a temperatura e se veem que está normal liberam o paciente sem consultar, se estiver com algum destes dados alterado pedem para o médico ou enfermeiro da equipe “olhar” a criança (OBS 2 USF).</i></p> <p><i>Ao realizar uma avaliação, uma trabalhadora da equipe demonstrou revolta com essa forma de “acolhimento”, visto que os usuários estão na fila desde madrugada, demoram na fila para chegar até o balcão e quando chegam, na recepção avisam que não tem mais ficha, então os que consideram estar sentindo-se mal aguardam para ser chamados para essa avaliação que, na verdade, é só medir a pressão arterial no adulto e a temperatura corporal nas crianças e dizer que não tem mais ficha e falar para o usuário procurar outro atendimento, neste caso, a UPA (OBS 13 USF).</i></p>
O itinerário terapêutico da família e	<p>O itinerário terapêutico percorrido em busca de um cuidado que seja resolutivo, pode ser percebido nos relatos a seguir:</p>

<p>sua criança em busca de cuidado de saúde</p>	<p><i>Ao perguntar [funcionária da unidade] a mãe o motivo de levar seu filho à UPA já que tem pediatra na UBS todos os dias pela manhã, a mãe falou que achava que não tinha médico na UBS, pelo fechamento das mesmas e por este motivo levou a UPA (OBS 9 UBS).</i></p> <p><i>A recepcionista comenta que muitas mães levam suas crianças em uma unidade tradicional próxima ao bairro que possui pediatra, por isso não tem muitas crianças na fila de espera pela manhã (OBS 2 USF).</i></p> <p><i>Ao acompanhar a puericultura, percebi que existem crianças de outros bairros que fazem puericultura nesta unidade, ao questionar o motivo, alegaram que devido a abertura apenas de meio período das outras unidades no município, os enfermeiros dessas unidades deixam de fazer a puericultura (OBS 12 UBS).</i></p>
<p>O acesso à atenção programada em saúde</p>	<p><i>A agenda de puericultura da enfermeira da equipe 31 está organizada da seguinte forma: quarta pela manhã são realizadas puericultura para crianças em geral e na quinta-feira pela manhã e tarde, a puericultura é realizada para recém-nascidos de alto risco, essa medida foi tomada, para atender as crianças que estavam internadas na UTI Neonatal por prematuridade e baixo peso e que não conseguiam agendar puericultura para breve (OBS 2 USF).</i></p> <p><i>Todas as quintas-feiras a tarde são destinadas ao atendimento de gestantes e de crianças de 0 a 3 anos por meio de agenda aberta, em que a equipe da odontologia ensina as mães medidas preventivas de saúde bucal. Para o restante da faixa etária, a agenda é aberta de tempos em tempos e os pacientes vêm para deixar o nome na fila de espera (OBS 2 USF).</i></p> <p><i>Neste dia (quinta-feira) é realizada puericultura pelos enfermeiros de ambas as áreas e consulta de puerpério, juntamente com a primeira consulta do recém-nascido pelos médicos de ambas equipes da Saúde da Família (OBS 2 USF).</i></p> <p><i>Na puericultura, a enfermeira direciona um olhar ampliado para um contexto familiar e social no qual a criança está envolvida, porém, suas orientações concentram-se no crescimento e desenvolvimento, alimentação e importância da vacinação (OBS 13 UBS).</i></p>

DISCUSSÃO

A influência do processo de trabalho no acesso e resolutividade da atenção à saúde na criança na atenção primária à saúde

Onde são recebidos os familiares e as crianças quando chegam à unidade de atenção primária

Quanto ao acesso aos serviços de saúde, foi constatado que a recepção constitui-se no primeiro local de estabelecimento de informações para os usuários que procuram as unidades. Neste local são direcionados os pacientes conforme a apresentação da necessidade, suas dúvidas ou queixas expostas naquele momento.

Os dados demonstram que a recepção de ambas as unidades, independente do modelo de atenção adotado, se unidade tradicional ou ESF, se comportam como uma barreira e filtro aos usuários. A indicação seria de acolhê-los e transformar esse momento em estabelecimento de vínculo, em escuta qualificada, de forma a garantir um atendimento humanizado, resolutivo e que propicie a criação de vínculo entre as equipes e as pessoas, legitimando este ponto como a porta de entrada preferencial para as redes de atenção à saúde.¹⁰

A busca dessa finalidade requer práticas de saúde realizadas de forma integral. Atuar no cuidado em saúde, envolvendo as mães, suas crianças e sua família dessa forma, pressupõe a adoção de um conceito de saúde ampliado, no qual estão inseridas necessidades biológicas, psicossociais, culturais e subjetivas. Há uma integração na prática clínica e comunitária visando uma abordagem completa do indivíduo e seu contexto familiar e ambiental, assim como visa à promoção e a prevenção além do tratamento. Para que isso possa se efetivar é condição essencial uma atuação interdisciplinar das equipes de saúde, com uma ação coordenada e longitudinal de vários profissionais.¹¹

Uma das formas de atuação interdisciplinar é investir na ferramenta do acolhimento, o qual poderá ser desenvolvido por meio de duas dimensões: uma atitudinal, voltada para atenção humanizada, com escuta qualificada dos problemas de saúde, envolvendo uma resposta positiva às demandas e a

criação de vínculos entre a equipe de saúde e a população adstrita. A outra, organizativa, para estabelecimento dos fluxos, referência e contrarreferência, territorialização, a superação dos constrangimentos ou de respostas negativas com a ausência de fichas e o estabelecimento de um processo de avaliação inicial adequado.¹²

A utilização da ferramenta do acolhimento como proposta de mudanças nos processos de trabalho vem para mudar o papel da recepção, no sentido que esta deixa de ser um lugar de “poder”, ou seja, capaz de decidir sobre o acesso ou não do usuário, e passa a operar em um trabalho de orientação ao fluxo dos usuários.

O lugar de decisão, desse modo, passa a ser intermediado por meio do acolhimento, em que a escuta do usuário é feita por todos trabalhadores, possibilitando que todos os usuários tenham acesso aos serviços. Tal ferramenta pode ser implantada por meio do estabelecimento do diálogo, podendo proporcionar soluções para dificuldades presentes, formando uma mistura de conhecimento técnico com o conhecimento popular. Nessa perspectiva, a troca de conhecimentos poderá ocorrer desde que o trabalhador de saúde apresente sensibilidade para a escuta, compreenda as necessidades de saúde e, assim, integre-as ao conhecimento técnico, proporcionando uma melhor acolhida ao usuário na unidade de saúde¹³.

Organização do serviço e sua influência no acesso

Observa-se, muitas vezes, a existência de problemas nos aspectos da organização do trabalho, em que muitos trabalhadores acabam deixando suas funções específicas para exercer seu trabalho em postos que não são de sua competência, suprimindo um déficit de trabalhadores. Além do mais, o excesso de trabalho e as condições do local tornam-se elementos impeditivos para que o trabalhador desenvolva seu trabalho de forma acolhedora e humanizada, com vistas a resolução dos problemas de saúde dos indivíduos.

Muitos desses trabalhadores, não compreendem as características específicas que requer o trabalho em saúde, por estar inseridos na lógica capitalista de produção do cuidado na forma de procedimentos, não reconhecendo a intenção final desse tipo de trabalho¹⁴. O que pode ser observado na literatura, por meio de um estudo¹⁵ em que trabalhadores da

recepção de uma UBS descreveram seu trabalho como sendo fragmentado, produzindo o afastamento entre a capacidade de antever o produto final do trabalho e o que se realiza de fato. Esses trabalhadores tiveram como foco o trabalho com base nos procedimentos ofertados, as necessidades de saúde voltadas para uma visão biológica do processo saúde-doença, os instrumentos com sendo as tecnologias duras e leve-duras. A finalidade do trabalho neste estudo se revelou como caridade ou indeterminada, desconhecida para o próprio trabalhador.

Nas unidades investigadas, evidenciou-se que, para a criança obter acesso ao profissional médico, seu familiar ou cuidador necessita aguardar nas filas para adquirir uma “ficha” que varia de quantidade conforme o dia e que, na maioria das vezes não são ofertadas de acordo com a demanda necessitada e sim, de acordo com a carga horária exercida pelo profissional.

Como em um estudo¹⁶ que avaliou o acesso à USF na visão dos usuários, em que os usuários relataram demora no atendimento, contribuindo para a diminuição da credibilidade da ESF, dificultando o acesso e assim, perfazendo uma descrença no serviço de saúde prestado pelo setor público.

Tal achado coincide, também, com o estudo¹⁷ apontando, dentre outros resultados análogos, a (des)humanização do cuidado, demonstrado pela presença de pessoas de madrugada nas unidades de saúde para conseguir o atendimento.

Ainda, ao invés de adotar a prática de classificação de risco, com a escolha de uma metodologia apropriada para tal, uma das unidades adota a conduta do que denominam avaliação. Tal abordagem se comporta de forma incipiente nesta unidade estudada, como aponta o diário relatando a desaprovação da trabalhadora ao realizar a avaliação dos pacientes. Essa prática não deve ser tomada como acolhimento, visto que esse, na sua essência é um dispositivo utilizado com o princípio de atender as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo o acesso universal e para que o serviço de saúde possa assumir sua função de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.¹⁸

No que foi observado, não havia nenhum processo que distinguisse alguma forma de acolhimento e sim, procedimentos realizados como medidas isoladas de intervenção, e em seguida, liberação do paciente.

Na UBS tradicional estudada, o atendimento à demanda espontânea ocorre também por meio de fichas, porém, o acesso à consulta com o profissional médico pediatra, demonstrou-se menos difícil do que na ESF, em virtude do modelo de atenção adotada em uma e outra: *“raras são as vezes que alguma criança veio e não conseguiu consulta para o mesmo dia”* (OBS 4 UBS). Porém, também houve evidência das mães necessitarem ir a outras unidades por falta de atendimento: *“muitas vezes ao abrir a unidade e entregar a ficha, já havia preenchido todas as fichas disponíveis e muitas dessas mães foram embora em busca de outras unidades para atendimento”* (OBS 4 UBS). Porém, quando fez-se necessário tal medida, a equipe da recepção entrou em contato com outras unidades solicitando vaga de pediatra e encaminhando a mãe e a criança: *“quando não tem fichas ou o pediatra está de férias, entram em contato em outra UBS para tentar uma vaga”* (OBS 4 UBS).

Tal medida demonstrou alguns princípios de cuidado e atenção para com a mãe e a criança que buscavam por assistência de saúde na unidade e não a encontraram. Medidas como essa podem ser despendidas por todos os membros da equipe de saúde, mesmo se o problema de saúde não for resolvido na unidade e sim encaminhado para outro ponto de atenção, como nesse caso.

O acolhimento caracteriza-se por uma prática que pode ser realizada por qualquer trabalhador de saúde, criando a possibilidade de pensar a micropolítica do processo de trabalho e suas implicações em certos modelos de atenção, para que esteja voltada numa perspectiva usuário-centrada.¹⁸

Tal perspectiva poderia estar presente de forma mais expressiva e consolidada nas equipes de ESF estudadas, porém, os resultados observados, não evidenciaram diferenças na forma de organização dos serviços quanto ao acesso da ESF comparando à Atenção Básica tradicional, essa, pelo contrário, demonstrou oferecer mais meios de acesso e resolutividade dos casos, em contrapartida à ESF, que por meio de “fichas” e “avaliações”, acabou por distanciar-se de princípios que a caracterizam como estratégia preferencial de promoção de saúde à população.

A Saúde da Família é uma estratégia de caráter substitutivo da Atenção Básica tradicional, compromissada com a promoção à saúde, com as mudanças dos hábitos e padrões de vida, mediante o empoderamento dos

indivíduos e famílias frente à vida, sendo responsável pela atenção integral continuada, por meio do estabelecimento de vínculos de compromisso e coresponsabilidade entre seus profissionais de saúde e a população adstrita, promovendo o acompanhamento ao longo do tempo dos processos de saúde-doença que acometem ou poderão acometer essa população.¹⁹

A forma de organização dos serviços de saúde no município do estudo tem feito com que a APS se estabeleça de forma desacreditada por parte dos usuários do serviço. Em um curto período de tempo as unidades de atenção primária foram fechadas, depois abertas em um período do dia e posteriormente, em algumas delas, houve mudança na forma de oferta, passando de unidades tradicionais para unidades com equipes de saúde da família. Tudo isso sem o devido esclarecimento à população antes de se adotarem tais mudanças.

Tal medida adotada pela gestão e que, aparentemente, diminuiria gastos, provavelmente refletirá em aumento de atendimentos nos níveis secundários e de internamentos hospitalares por causas evitáveis no nível da APS.

Sendo que, quando há mudanças na organização do trabalho nas unidades de saúde, a população fica desavisada e “perdida”, não sabe qual serviço recorrer para sanar suas necessidades de saúde. Passa, então, a encontrar nos serviços de média e alta complexidade, medidas de alívio para suas queixas momentâneas e acabam por procurar estes locais quando necessitam e adotá-los como referência, ao contrário de estabelecer como referência e primeiro contato as unidades de APS mais próximas de sua residência percorrendo, assim um itinerário árduo em busca do cuidado, como será descrito a seguir.

O itinerário terapêutico da família e sua criança em busca de cuidado em saúde

O itinerário terapêutico constitui-se o desenho da busca de cuidados que surge das narrativas contadas pelos sujeitos, que nem sempre possuem ordem cronológica, visto que as pessoas contam as histórias à seu tempo, valorizando os momentos de acordo com seu ponto de vista.²⁰

Foi observado que a unidade de saúde do local de residência dos indivíduos não foi adotada exclusivamente como itinerário para a busca do

cuidado em saúde. Percebeu-se que na ESF existe a procura por outro ponto de atenção, como observado na descrição do quadro 1: *“muitas mães levam suas crianças em uma unidade próxima ao bairro que possui pediatria”* (OBS 2 USF). Essa iniciativa pressupõe a falta de vínculo entre usuário-trabalhador e a unidade de saúde, o que descaracteriza o princípio de que a unidade de saúde mais próxima de onde as pessoas residem seja referência ao cuidado dos processos saúde-doença da população.

Ainda foi visualizado que, na maioria das vezes, por não conseguir atendimento médico quando a criança está adoecida, muitas mães/cuidadores tomaram a iniciativa de buscar outras unidades em busca do profissional médico especializado em pediatria, com o conceito de que o médico generalista não resolveria, em certa medida, alguns problemas de saúde apresentados pela criança, o que torna necessário certo deslocamento geográfico, desgaste físico, emocional em busca de resolução das necessidades de saúde apresentadas pelas crianças.

Assim como percebido nos resultados de um estudo²¹ sobre itinerário terapêutico percorrido por mães de crianças com transtorno autístico, no qual relataram que quando a criança apresentava exacerbação de algum sinal ou sintoma os pais se mobilizavam, buscando identificar o problema do filho e o tratamento indicado para solucioná-lo, porém, a família deparou-se com diversas barreiras, como a escassez de recursos humanos e materiais na área da saúde, a desinformação de alguns profissionais da atenção básica e a dificuldade de estabelecimento do diagnóstico correto. Um longo e árduo caminho foi trilhado rumo ao desconhecido, caracterizando-se como um movimento de peregrinação das famílias a hospitais e consultas a diversos profissionais da área de saúde.

Em outro estudo¹⁷ sobre o itinerário terapêutico de famílias de crianças com doenças respiratórias no sistema público de saúde, uma mãe entrevistada contou que ao procurar a UBS como primeira opção, não encontrou o profissional desejado (médico) sendo orientada pelo enfermeiro para procurar o serviço de emergência, a partir disso não retornou mais à UBS, procurando sempre pelo serviço de emergência ou o ambulatório do hospital, o que demonstrou o rompimento do vínculo com a UBS.

A busca das famílias das crianças pela obtenção do cuidado nos diversos serviços de saúde no qual não seja a unidade de saúde de referência leva a refletir sobre as dificuldades existentes no acesso ao cuidado à saúde da criança, independente do modelo assistencial tradicional ou da ESF. Esta peregrinação incessante, aliada à falta de responsabilização pelo cuidado e vínculo entre equipe-usuários implica no planejamento e no desenvolvimento contínuo de ações de prevenção e promoção à saúde da criança nas unidades de saúde de referência. Pois, para a estruturação do caminho da atenção à saúde da criança, cada contato entre a criança e os serviços de saúde, independente do fato, queixa ou doença que o motivou, deve ser tratado como uma oportunidade para a análise integrada e preditiva de sua saúde, e para uma ação resolutiva, de promoção da saúde, com forte caráter educativo, sendo que o acompanhamento sistemático do crescimento constitui o eixo central dos aspectos de saúde-doença da criança.²²

Uma possibilidade de resolução destas implicações seria se as unidades de saúde contassem com uma reestruturação nos aspectos administrativos, organizacionais dos processos de trabalho, por meio de iniciativas que partem da gestão, dos trabalhadores e usuários, para que juntos possam fortalecer a APS, tornando-a resolutiva e acolhedora.

O acesso à atenção programada em saúde

A atenção programada é o encontro clínico de iniciativa do profissional de saúde, que se foca em aspectos do cuidado que não são considerados em um atendimento de uma condição aguda ou de uma agudização de condição crônica. Esse encontro se faz com base num plano de cuidado que foi elaborado pela equipe de saúde juntamente com a pessoa usuária, pode ser feita em encontros individuais ou em atendimentos por grupos de profissionais e termina num plano de cuidado elaborado ou revisado e pactuado entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias.¹²

Nas observações realizadas, foi possível detectar que esse tipo de atenção à criança ocorre por meio da realização da puericultura pelos enfermeiros da unidade básica tradicional e da ESF, pela consulta puerperal associada à primeira consulta do recém-nascido com os profissionais médicos

da ESF e pela equipe de odontologia da ESF com prevenção à saúde bucal de gestantes e crianças de zero a três anos.

Quanto ao acesso a esses serviços, observou-se que mudanças na forma de agendamento ocorreram com a puericultura do grupo de recém-nascidos de alto risco provindos da unidade de terapia intensiva neonatal, em que foi apreendida por parte da enfermeira, a dificuldade de agendamento e de atendimento desse público prioritário que carece de atenção meticulosa.

Tal achado complementa com o estudo²³ sobre o cuidado do pré-termo e baixo peso egresso da unidade de terapia intensiva neonatal, em que as famílias descreveram seu itinerário nos serviços de saúde em busca da continuidade do cuidado à saúde do filho após a alta hospitalar e expressaram que esse itinerário é marcado por barreiras de acesso, vínculo frágil e vulnerabilidade institucional dos serviços de saúde, gerando insegurança, insatisfação e não-efetividade no seguimento da criança.

Foi possível observar que a maioria dos atendimentos realizados às crianças se dá por meio das consultas médicas em que o acesso ao cuidado em saúde da criança é priorizado em situações agudas de doenças, ou seja, o foco desse cuidado acaba sendo a doença, as queixas e a respectiva intervenção para a cura, o que retrata um cuidado em saúde médico-centrado, que supervaloriza os aspectos biológicos dos indivíduos e utiliza como instrumentos desse cuidado tecnologias duras e leve-duras¹, o que acaba por não alcançar as necessidades de saúde da criança de forma integral.

Muitas vezes, o que se percebe é a falta de reconhecimento das necessidades de saúde pelos profissionais de saúde no momento do cuidado prestado. Em estudo²⁴ realizado em que se propuseram a conhecer o conceito de necessidades de saúde segundo a percepção de usuários, a análise dos depoimentos constatou que as necessidades apresentam-se, atreladas à produção e reprodução social e acessibilidade às ações de saúde e que o vínculo esteve relacionado às necessidades de autonomia e autocuidado, concluindo que a relação de confiança possibilita o fortalecimento das potencialidades para o enfrentamento do processo saúde-doença.

Isso pode ser refletido ao observar a mãe que reside em outro bairro e traz a criança para realizar a puericultura na unidade de saúde tradicional, representando o estabelecimento de vínculo com aquela unidade para adquirir

conhecimento a respeito do cuidado a ser realizado ao seu filho, ou seja, uma necessidade expressa de autonomia, por ir à busca de atendimento em outro ponto de atenção e autocuidado – apreender orientações repassadas na puericultura para cuidar de seu filho.

É nesse momento que o cuidado em saúde se emoldura e pode ser resolutivo, se houver uma inversão das tecnologias de cuidado, buscando inserir nos projetos terapêuticos ações que transferem conhecimento ao usuário, elevem sua auto-estima, consigam incorporar sua vivência no seu processo terapêutico singular, fazendo-o também sujeito do seu estado de saúde, tendo a possibilidade de trabalhar a saúde com tecnologias leves, em um processo mais relacional do que instrumental, o que significa elaborar projetos terapêuticos centrado nas necessidades dos usuários e tendo-o como protagonista do seu processo de saúde.²⁵

A atenção programática em saúde da criança esteve presente nas duas unidades de saúde estudadas, especificamente representadas por meio de consultas médicas do recém-nascido e puericultura executada pela enfermeira. Não foram observadas diferenças na atenção programática executada no modelo de estratégia saúde da família em contrapartida ao da unidade de saúde tradicional, ambas mantiveram tal atendimento por meio de agendamento semanal, sendo a parcela maior de atendimento à criança realizada por meio de demanda espontânea, tendo como causa da procura por atendimento casos de condições agudas de doenças e agravos, na grande maioria, resfriados, gripes e hipertermia.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso ao primeiro contato tido como elemento essencial e definidor para o processo do cuidar, demonstrou fragilidades e implicações no que se refere à assistência à saúde da criança na APS, tanto na unidade de saúde tradicional quanto na unidade com estratégia saúde da família.

O que ficou evidenciado foi a existência de barreiras organizacionais, impedindo ou dificultando o acesso ao cuidado por meio de dispositivos impostos burocraticamente como a formação de filas em horário incompatível com o funcionamento das unidades e a utilização de fichas como meio

regulador de chegar até o profissional buscado, na maior parte das vezes, o médico.

O encaminhamento para outros pontos de atenção para obter um cuidado que proporcione segurança e satisfação também ficou aparente no estudo, o que reforça a ideia de estruturar a APS para que ela realmente exerça o papel preferencial de porta de entrada do sistema e que se necessário utilizar outros serviços, esses, estejam interligados, garantindo a longitudinalidade para um cuidado eficaz.

Outro ponto a ser considerado é a questão da falta de vínculo entre a equipe de saúde com a criança e seu cuidador, isso fica evidente quando na UBS tradicional uma atenção maior é dada no encaminhamento, enquanto na ESF isso não ocorre. Nela é realizada uma avaliação após a qual orienta-se a procurar outro serviço de saúde para sanar o problema da criança.

Essa falta de vínculo, aliada ao acesso restrito à atenção programática à grupos específicos, faz desencadear buscas incessantes por cuidado à outros pontos de atenção do sistema de saúde, proporcionando, dessa maneira, um cuidado fragmentado e descoordenado.

Dessa forma, indica-se a possibilidade de construção de espaços democráticos e acolhedores com participação de usuários, gestores e trabalhadores, os quais se edifiquem relações estáveis, ambientes agradáveis, humanizados e resolutivos, em que o cuidado prevaleça sobre qualquer dispositivo enrijecido de regulação do acesso à demanda infantil em busca de assistência.

REFERÊNCIAS

6 Ayres JRCM. [A Conception Health Hermeneutics]. *Physis* [Internet]. 2007 [cited 2013 Jul 11]; 17(1):43-62. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312007000100004&lng=en&nrm=iso. Portuguese

7 Ayres JRCM. [Understanding the practical sense of health actions: contributions of Philosophical Hermeneutics]. *Salud colectiva* [Internet]. 2008 [cited 2013 Jul 13]; 4(2):159-72. Available from:

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652008000200007&lng=es&nrm=iso. Portuguese.

8 Ayres JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/IMS/ABRASCO; 2009.284p.

9 Ayres JRCM. Para comprender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de la Hermenéutica Filosófica. Salud colectiva. 2008; 4(2): 159-72. Disponível em:

<http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652008000200007&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 13 jul 2013.

10 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).

11 Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). Atenção Primária e promoção da saúde. Coleção Progestores. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2007. 197p.

12 Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

13 Coelho MO, Jorge MSB, Araújo ME. [Access through sheltering in basic health attention]. Rev baiana saúde pública [Internet]. 2009 [cited 2013 Dez 14]; 33(3):440-452. Available from:

http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/225/pdf_40. Portuguese.

14 Pires DEP, Trindade LL, Matos E, Azambuja E, Borges AMF, Forte ECN. [New technologies in health care increasing workloads]. Tempus actas saúde coletiva [Internet]. 2012 [cited 2013 Dez 14]; 6:45-59. Available from:

<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1113/1026>.
Portuguese.

15 Sá ET, Pereira MJB, Fortuna CM, Matumoto S, Mishima SM. [The work process in the reception of a Primary Care Unit: worker's view]. *Rev gaúch enferm.* 2009;30(3):461-67. Portuguese.

16 Schwartz TD, Ferreira JTB, Maciel ELN, Lima RCD. [Family Health Strategy: evaluating the access to SUS from the perception of the users of the health unit Resistência, in the region of São Pedro, Vitória, Espírito Santo State]. *Ciênc. saúde coletiva.* [Internet]. 2010 [cited 2013 Nov 09];15(4): 2145-54. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000400028&lng=en&nrm=iso. Portuguese.

17 Oliveira BRG, Collet N, Mello DF, Lima RAG. [The therapeutic journey of families of children with respiratory diseases in the public health service]. *Rev latinoam enferm.* [Internet]. 2012 [cited 2013 Nov 15]; 20(3):[9 telas]. Available from: www.eerp.usp.br/rlae. Portuguese.

18 Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. [User embracement" and the working process in health: Betim's case, Minas Gerais, Brazil, Brasil]. *Cad. saúde pública.* 1999; 15(2):345-353. Portuguese.

19 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2ª ed. Brasília: MS; 2008. 52p.

20 Favoreto CAO. A construção e avaliação da clínica na perspectiva da integralidade: uma rede complexa de palavras e coisas e de saberes e práticas. In: Pinheiro R, Matos RA, organizadores. *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: EdUCS: IMS/UERJ: CEPESQ; 2006. p.185-204

21 Favero-Nunes MA, Santos MA. [Therapeutic Itinerary Done by Mothers of Children with Autistic Disorder]. *Psicol reflex crit.* [Internet]. 2010 [cited 2013 Nov 26]; 23(2): 208-221. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010279722010000200003&lng=en&nrm=iso. Portuguese.

22 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil*. Brasília (DF): MS; 2012.

23 Viera CS, Mello DF. [The health follow up of premature and low birth weight children discharged from the neonatal intensive care unit]. *Texto & contexto enferm.* [Internet]. 2009-2010 [cited 2013 Nov 26]; 18(1):74-82. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000100009&lng=en&tlng=pt. Portuguese.

24 Moraes PA, Bertolozzi MR, Hino P. [Perceptions of primary health care needs according to users of a health center]. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45(1):19-25. Portuguese.

25 Franco TB, Merhy EE. [Cartographies of Work and health care]. *Tempus actas saúde coletiva.* [Internet]. 2012 [cited 2013 Jul 20];6(2):151-63.

Available from:

<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120>.

Portuguese.



Atendimento, Projeto Amanhecer, Posto de Saúde Romeu Jucá
Fortaleza, CE - 2009

O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE NO CUIDADO DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O processo de trabalho em saúde no cuidado da criança na atenção primária à saúde
The process work in health in child care in primary health

Anna Luisa Finkler

Cláudia Silveira Viera

Phalcha Luízar Obregón

Rosa Maria Rodrigues

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso*

Resumo

A Atenção Primária à Saúde busca alcançar as necessidades de saúde através do cuidado executado por meio do trabalho realizado pela equipe. Para tanto, traçou-se como objetivos: apreender o processo de trabalho de duas equipes de atenção primária e avaliar se o mesmo contribui para a resolutividade da assistência a saúde da criança. A pesquisa desenvolveu-se por meio de abordagem quanti-qualitativa. A coleta de dados quantitativa ocorreu com formulário em 23 unidades de saúde e os dados qualitativos foram obtidos por meio de observação. A análise feita por estatística descritiva e unidades temáticas. Resultados indicam a existência de enfermeiros e pediatras desenvolvendo um trabalho fragmentado, centrado no profissional e não no usuário. A Estratégia Saúde da Família atua da mesma forma que a unidade tradicional. Concluiu-se que os problemas no processo de trabalho em saúde tendem a dificultar o cuidado criança na Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Enfermagem pediátrica. Recursos Humanos de Enfermagem. Criança. Atenção Primária à Saúde.

Abstract

The Primary Health Care seeks to achieve the health needs through care runs through the work of the team. So, we drew the following objectives: to learn the process of working in two primary care teams and assess whether it contributes to the resolution of the child's health care. The survey was developed by means of quantitative and qualitative approach. The collection of quantitative data was to form 23 health units and qualitative data were obtained through observation. The analysis by descriptive statistics and thematic units. Results indicate the existence of nurses and pediatricians developing a fragmented work, focused on the professional and not the user. The Family Health Strategy acts the same way traditional unit. It was concluded that the problems in the work process in health tend to hinder child care in Primary Health Care.

Key-words: Nursing pediatric. Nursing human resources. Child. Primary Health Care

* Todos os autores pertencem à Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, Cascavel, PR. E participaram da análise e interpretação dos dados, da revisão crítica e da aprovação final da versão a ser publicada.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se como primeiro contato com o sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos e da comunidade. A APS propõe equidade de recursos e integralidade no cuidado, por meio de um conceito amplo de saúde, norteado por valores, princípios e atributos, que buscam integração e que tem por perspectiva as necessidades de saúde da população⁽¹⁾.

Dentre as necessidades de saúde a serem atendidas por meio do cuidado, destacam-se aquelas relacionadas à saúde do público infantil, visando a promoção da saúde e prevenção de agravos e doenças, que podem ser alcançados com o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunização e vigilância nutricional, passíveis de ser realizadas no âmbito da APS.

Para desempenho ideal e efetivo dessas ações nas dependências da APS, faz-se imprescindível a estruturação de equipes de saúde com recursos humanos suficientes para exercício de um cuidado que seja permeado por escuta, responsabilização e estabelecimento de vínculo, o que se torna possível quando o trabalho em saúde desempenhado está idealmente amparado por meio de tecnologias leves e leves-duras⁽²⁾.

A tecnologia leve-dura refere-se aos saberes dos profissionais e na maneira de organizar seu processo de trabalho. A tecnologia leve produz-se no trabalho vivo, em ato, em um processo de relações, que propõe o encontro entre o trabalhador e o usuário/paciente. Neste momento de fala, escuta, criam-se cumplicidades, relações de vínculo, aceitação e produz a responsabilidade em torno do problema que vai ser enfrentado, trazendo a possibilidade do "auto-governo" dos trabalhadores para imprimir mudanças a partir das intersubjetividades no processo de trabalho⁽²⁾.

Desta forma, o presente estudo vem conjecturar de que forma se dá o trabalho em saúde em relação à efetividade do cuidado à saúde da criança nos dois modelos de atenção primária instituídos, o de unidade básica tradicional e o da saúde da família, questionando se existem diferenças no processo de trabalho desses dois modelos? Os recursos humanos necessários ao desenvolvimento desse trabalho estão disponíveis de maneira satisfatória ao alcance das necessidades de saúde? Para tanto, traçou-se como objetivos:

apreender o processo de trabalho de duas equipes de atenção primária, uma tradicional e outra com Estratégia Saúde da Família (ESF) e avaliar se o mesmo contribui para a resolutividade da assistência a saúde da criança nesse âmbito, nos dois modelos de atenção primária à saúde no Brasil. Pressupõe-se que o processo de trabalho na unidade pertencente à Estratégia Saúde da Família obtenha maior alcance de resolutividade na assistência à saúde da criança se comparado à unidade básica de saúde tradicional.

Metodologia

O estudo faz parte de uma pesquisa multicêntrica, envolvendo a Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Universidade Estadual de Londrina (UEL) e Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sobre avaliação dos serviços de atenção primária à saúde (saúde da família e unidades tradicionais) no cuidado à saúde da criança, aprovado pelo edital universal CNPq, processo 474743/2011-0. Os dados expostos neste artigo se constituem em uma etapa da dissertação de mestrado da pesquisadora.

Desenvolveu-se por meio de abordagem quanti-qualitativa, em que os aspectos da estrutura – levantamento de recursos humanos em saúde nas unidades de saúde são analisados quantitativamente e o processo de trabalho das equipes por meio de abordagem qualitativa.

Para dar sustentação à interpretação dos dados qualitativos, elegeu-se a hermenêutica filosófica, por conceber um campo em constantes tarefas de interpretação e síntese de saberes, o que proporciona condições para reconhecer diferentes interesses e oposições que estão presentes em uma determinada interação, o que cria novas possibilidades para sua ressignificação e reconstrução⁽³⁾.

Para obtenção dos dados quantitativos foi utilizado um instrumento contendo componentes da infraestrutura, neste caso referente aos trabalhadores de saúde, especificamente médicos e enfermeiros das 23 unidades de saúde da APS de um município do oeste do Paraná. Tal instrumento foi preenchido na etapa da coleta de dados da pesquisa multicêntrica pelos participantes da pesquisa, entre outubro de 2012 a fevereiro de 2013.

Para obtenção dos dados qualitativos, foi utilizada a técnica da observação não participante, a qual possibilitou apreender o processo de trabalho nas unidades de atenção primária no município do estudo, identificando as dificuldades existentes para a resolutividade da atenção em saúde para a criança. O período de coleta foi de maio a julho de 2013. O instrumento utilizado para o registro da observação realizada foi o diário de campo, as observações foram conduzidas por um roteiro contemplando as atividades desenvolvidas pelas equipes em relação à saúde da criança, a intencionalidade das ações em saúde da criança, o objeto e os instrumentos de trabalho utilizados pela equipe nas ações à saúde da criança. As anotações citadas nesse estudo foram identificadas como OBS, seguido do número correspondente ao dia observado e a sigla UBS para a observação realizada na Unidade Básica de Saúde tradicional e USF para a unidade da Estratégia Saúde da Família.

Esta etapa da coleta de dados foi desenvolvida em dois serviços de APS do município estudado, uma unidade básica de saúde tradicional e uma unidade de saúde da família, localizadas na área urbana. Os sujeitos do estudo foram os profissionais que atuam nas duas unidades elencadas.

As informações coletadas dos recursos humanos foram processadas e organizadas em estatística descritiva e os resultados discutidos quantitativamente e comparados com a literatura disponível. Já as informações coletadas do diário de campo provenientes da observação foram lidas repetidas vezes e tratadas por meio do método de Análise Temática, contemplando as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação⁽⁷⁾, o que possibilitou a construção de categorias que explicitassem o processo de trabalho nas unidades de atenção primária, identificando as dificuldades existentes para a resolutividade da atenção em saúde à criança, denominadas “características do trabalho (s) em equipe na APS” e “ênfase do trabalho morto predominante sobre o trabalho vivo”.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados e discussão

Caracterização dos trabalhadores de saúde: enfermeiros e médicos da atenção primária à saúde

Para esta etapa da pesquisa, foram investigadas todas as 23 unidades de atenção primária à saúde da região urbana do município, existentes à época da coleta de dados, dentre elas 22 unidades básicas tradicionais e uma unidade de saúde da família (composta de duas equipes), no qual se obtiveram os seguintes resultados.

Quanto à presença ou não de trabalhadores nas unidades, foi verificado que em todas as unidades básicas havia no mínimo um (1) enfermeiro, e em algumas delas, chegaram ao número de três enfermeiros. Quanto ao profissional médico pediatra, duas unidades de saúde não possuíam esse profissional na época da coleta de dados, o restante tinha pelo menos um profissional pediatra atuando. Dentre eles, 70% prestavam atendimento em uma única unidade básica de saúde, quatro deles, em duas unidades e um (1) pediatra prestava atendimento em três unidades de saúde.

Quanto ao gênero, constatou-se que de 41 enfermeiros, 85% eram do sexo feminino; para o profissional médico pediatra que somavam 17 no total, nove deles eram do sexo masculino e oito do sexo feminino. Quanto à faixa etária, 71% dos enfermeiros tinham entre 20 e 39 anos e dos pediatras, 65% com idade entre 30 a 49 anos.

O maior número de enfermeiras revela a predominância do sexo feminino na categoria de enfermagem e também da força de trabalho feminina no setor saúde, que segundo a Organização Mundial de Saúde, em alguns países representam até 75% da mão de obra neste setor⁽⁴⁾. A predominância da força de trabalho feminina na APS também foi descrita em outros estudos realizados no país⁽⁵⁻⁷⁾ alcançando mais da metade dos trabalhadores desse setor.

Quanto ao tempo de atuação neste setor, 34% dos enfermeiros e 59% dos pediatras possuíam de um a cinco anos de atuação no cargo, 32% dos enfermeiros atuavam entre seis a 10 anos e oito enfermeiros e cinco pediatras atuavam a mais de 11 anos. O que demonstra que a maior parte desses profissionais possuem pouco tempo de experiência na APS.

No que diz respeito à carga horária semanal, 90% dos enfermeiros exercem uma carga horária de 30 horas e 53% dos médicos pediatras exercem carga horária 40 horas semanais.

Em relação à composição das equipes nas unidades observadas, na unidade de saúde tradicional investigada, estão presentes os seguintes profissionais: 03 clínicos gerais, 01 médico que realiza pequenos procedimentos cirúrgicos, 01 ginecologista, 01 pediatra, 02 assistentes sociais, 03 agentes comunitários de saúde, 01 enfermeira, 04 funcionários administrativos, 03 cirurgiões-dentistas, 03 auxiliares de consultório odontológico, 06 técnicos de enfermagem e 02 funcionários da equipe de apoio.

Em relação aos serviços oferecidos, a unidade de saúde tradicional possui atendimentos nas especialidades de medicina em clínica geral, pediatria, pequenos procedimentos cirúrgicos, ginecologia e obstetrícia, serviços de enfermagem, como puericultura, atendimento ginecológico e consultas de enfermagem, serviços de odontologia geral e serviço social. Diariamente a unidade tem consultas com clínico geral, ginecologista e pediatra, consultas de enfermagem, bem com procedimentos como imunização, curativos, administração de medicamentos, nebulização, entre outros.

Em relação à unidade com ESF, os serviços oferecidos referem-se a consultas médicas com médicos generalistas de saúde da família, serviços de enfermagem, visitas domiciliares da equipe de saúde, serviços de odontologia, serviço social, atividades de educação em saúde com grupos exclusivos (Hiperdia e Planejamento Familiar). Além de imunizações, procedimentos como curativos, nebulização, coleta de exame citopatológico do colo uterino, pequenas cirurgias, entre outros.

Cada equipe é composta por um médico generalista, um enfermeiro, um cirurgião-dentista, dois técnicos de enfermagem, um técnico em saúde bucal, um auxiliar de saúde bucal, cinco agentes comunitários de saúde e uma assistente social e uma atendente de farmácia para ambas as equipes.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁽⁸⁾ que indica a equipe mínima de trabalho nas unidades de saúde de atenção primária, o município estudado conta quantitativamente com equipe de trabalho

mínima nas unidades investigadas, com a presença de profissionais da medicina, de enfermagem, odontologia e serviço social.

Observa-se que pouca diferença se estabelece na formação das equipes da unidade básica de saúde tradicional em relação à unidade de saúde da família, bem como os serviços de saúde oferecidos em ambas as unidades. Evidenciando que o processo de trabalho dessas unidades, são similares, e que a unidade com a Estratégia Saúde da Família permanece, em grande medida, atuando nos mesmos moldes do modelo assistencial tradicional.

No próximo tópico serão descritas de que forma o trabalho dessas equipes se delinea e se concretiza na atuação da promoção do cuidado à criança nas unidades de APS.

Características do trabalho (s) em equipe na APS

As observações realizadas possibilitaram a descrição de determinadas características do trabalho realizado na unidade com estratégia saúde da família:

Os ACS, quando estão na unidade, permanecem em uma sala fechada, não demonstrando interação com a equipe (OBS 3 USF).

Um dos médicos quando não está atendendo fica fechado no consultório e atende a qualquer momento se chegar emergência (OBS 3 USF).

As técnicas de enfermagem possuem uma escala diária de atividades dividida por dupla A e B e a cada 15 dias a dupla reveza as atividades divididas por Local 1 e Local 2 (OBS 13 ESF).

Em nenhum momento percebi interação da equipe que fica na unidade de saúde com o pessoal da clínica odontológica, aparentando que são equipes distintas (OBS 12 USF).

O trabalho em equipe na APS tem como concepção ser desenvolvido de forma integrada e, nesta unidade, demonstrou-se dividido e parcelado conforme as categorias profissionais, em que cada uma desenvolve seu trabalho em um espaço físico específico, geralmente, sem compartilhar ou

complementar o cuidado em saúde para os diversos sujeitos integrantes da equipe.

Dentre as características imprescindíveis do trabalho em saúde, destaca-se a interdisciplinaridade, persistindo sua implementação como desafio sua implementação das práticas de saúde integrando as demais práticas de outros setores. Acredita-se que para tornar o trabalho interdisciplinar efetivo, as relações entre os profissionais de saúde necessitam de maior compreensão acerca da formação de vínculos afetivos e laços sociais, de convivência e do diálogo. Assim, o aprendizado vai sendo incorporado ao exercício profissional podendo proporcionar possíveis mudanças no referencial teórico-prático de cada categoria profissional⁽⁹⁾.

O trabalho dividido e fragmentado, também foi visualizado na unidade de saúde tradicional:

As técnicas de enfermagem se revezam na sala de vacinas, pré – consulta e sala de curativos (OBS 4 UBS).

No momento da puericultura, a enfermeira avalia a criança e se achar necessário, agenda consulta com o pediatra para o outro dia (OBS 7 UBS).

A farmácia da unidade estava fechada devido o servidor responsável estar de atestado médico (OBS 9 UBS).

O processo de trabalho se dá de forma individual e fragmentada, dividido por setores, salas e por funções. Cada profissional foca o cuidado à criança em forma de procedimentos e rotinas pré-estabelecidas. Os saberes e conhecimentos dos sujeitos trabalhadores e sujeitos usuários dificilmente são discutidos e considerados nos cuidados em saúde e os achados e problemas são pouco compartilhados em equipe, o que leva ao não entendimento e a não resolução dos problemas de saúde da criança e, conseqüentemente a insatisfação da mãe/cuidador(a).

A boa percepção e satisfação do usuário acerca do serviço de saúde são imprescindíveis para avaliação, planejamento das ações em APS e a resolução dos problemas de saúde e, geralmente, as mesmas estão atreladas ao momento em que se dá o encontro entre trabalhador e usuário e não a

oferta acentuada de tecnologias e instrumentos modernos. O que pode ser demonstrado no estudo⁽¹⁰⁾ que teve como objetivo avaliar a percepção dos usuários com a qualidade do atendimento nas USF do município de Recife, em que a satisfação superior a 90% foi nas questões relacionadas ao respeito ao direito e confidencialidade das informações e a assistência clínica oferecida ao usuário.

Assim como, em uma Pesquisa Mundial de Saúde, no Brasil⁽¹¹⁾, as questões que obtiveram melhor satisfação dos usuários referiam-se a aspectos que dizem respeito à intimidade, ao sigilo das informações pessoais e as habilidades dos profissionais de saúde, ou seja, o momento de encontro e estabelecimento de relações, troca de saberes entre trabalhador e usuário, ambos protagonistas dos aspectos de saúde-doença, o que é crucial na satisfação e bem-estar desse usuário, conseqüentemente, na resolução dos problemas de saúde, alcançando os determinantes sociais de saúde-doença dos indivíduos e refletindo na comunidade.

Outro ponto observado no trabalho das equipes investigadas foi o número reduzido de trabalhadores para atuar na APS:

Devido mudanças ocasionadas pelo fechamento das unidades básicas de saúde no período vespertino, diminuíram o número de profissionais e os que estão na unidade não sabem se permanecerão ou se serão transferidos (OBS 4 UBS).

Havia falta de funcionários, o enfermeiro juntamente com uma ACS realizava pré-consulta, enquanto mães com crianças o aguardavam para a puericultura. A unidade estava tumultuada, muitas pessoas aguardavam para retirar medicamentos, para imunização, consultar, fazer inalação e poucos funcionários para auxiliar em todas as atividades (OBS 10 USF).

As ACS auxiliam a todo o momento na recepção e nos encaminhamentos das especialidades (OBS 11 UBS).

O número reduzido de trabalhadores nas unidades de saúde do município investigado interfere diretamente na execução dos cuidados e resolutividade das necessidades de saúde da criança, uma vez que esse cuidado prestado visa sanar queixas momentâneas e não promove a prevenção e promoção da saúde no contexto biopsicossocial da criança.

Mesmo com a existência de políticas e incentivos com intuito de qualificar as questões referentes aos recursos humanos em saúde, como a Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) (2002) e a Política Nacional de Humanização (PNH) (2003), pouco se percebeu de mudanças na forma de organizar e gerir o trabalho em saúde na APS. A própria ESF instituída para reorganizar o modelo de atenção em saúde e os processos de trabalho, mantém-se, como observado, uma unidade estanque nessas mudanças e apresentando situações mais problemáticas no processo de trabalho se comparado à unidade de saúde tradicional, pois a proposta do trabalho em equipe está no cerne da construção ideológica da política de atenção em saúde da família, e não foi evidenciada na observação do processo de trabalho nesse estudo.

A consequência desse trabalho, no cotidiano dos trabalhadores, refletiu diretamente na reação dos trabalhadores: “a enfermeira comentou que não via a hora de sair de férias (referindo-se ao primeiro ano de férias como servidora na prefeitura) para estudar para um concurso para um cargo que não havia relação alguma com a área da saúde” (OBS 10 USF). Em outro momento: “escuta-se frequentemente reclamações de descaso, vontade de se aposentar, de se transferir, de não ser mais profissional de saúde” (OBS 13 USF).

Ficou entendido pelas observações, sinais de desmotivação, estresse e insatisfação dos trabalhadores ocasionada por fatores desencadeantes no dia-a-dia do trabalho em saúde: falta de infraestrutura, de apoio, de equipes formadas, de território delimitado, uma vez que a demanda é maior que a indicada na ESF, em torno de oito mil pessoas são atendidas por cada equipe, a ESF preconiza em torno de até 4.500 pessoas cadastradas.

Para amenizar ou proporcionar um espaço de trabalho que proporcione melhores condições de atuação, em que trabalhadores e usuários protagonizam esse espaço com momentos de troca de saberes e conhecimentos e o transformem em relações saudáveis e resolutivas para os atores, faz-se necessário o estabelecimento de alianças duradouras entre gestão, trabalhadores e usuários, aliados a investimentos que sejam prioritários em melhorias e adequações na APS, como contratação de trabalhadores, capacitações e infraestrutura adequada⁽²⁾.

Enfoque do trabalho morto predominante sobre o trabalho vivo

O trabalho morto pode ser entendido como trabalho contido em etapas anteriores em um determinado processo de trabalho, assim como o trabalho vivo pode ser definido como o processo de trabalho do momento observado, no caso da saúde, o denominado trabalho em ato⁽²⁾. Assim, normas, procedimentos, equipamentos são exemplos de trabalho morto, enquanto o encontro cuidador com o outro a ser cuidado exemplifica o trabalho vivo em ato. Este pode ser relacional, de escuta atenta e resolutiva, acolhedor⁽¹²⁾ ou, ao contrário, centrado num procedimento padrão, de anamnese e exame físico, escrita da terapêutica com uma orientação diretiva, sem vínculo e relacionamento comunicativo com o outro.

A predominância observada do trabalho morto sobre o trabalho vivo, principalmente na unidade pertencente à saúde da família, pode ser evidenciada nos registros abaixo:

A puericultura do enfermeiro de uma das áreas de SF iniciou com verificação de peso, altura, perímetros, conforme verificava, parava o procedimento e anotava na carteira da criança e prontuário (OBS 2 USF).

A consulta médica iniciava com as queixas, em seguida o exame físico céfalo-caudal com ênfase no local da queixa e por final prescrição medicamentosa para os sintomas relatados (OBS 6 USF).

Observei que as vacinas tinham que ser administradas de forma rápida, mecânica, repetitivas para não acumular muitas pessoas na fila de crianças no saguão (OBS 5 USF).

O momento caracterizou-se por: pergunta – resposta – anotações, sem abertura de espaço para sanar dúvidas, aparentava que a mãe da criança, não compreendia o motivo daquela consulta, aquilo não fazia sentido (OBS 2 USF).

O cuidado em saúde realizado pelos trabalhadores, concentra-se em queixa-conduta, perguntas-respostas, realização de procedimentos e de protocolos pré-estabelecidos, características do trabalho morto em que se utilizam, de primeira mão, tecnologias do tipo dura ou leve-dura para estabelecimento das práticas de saúde à criança na APS, como demonstrado

em outro estudo⁽¹³⁾ em que os resultados, também revelaram fragmentação do processo de trabalho, os afazeres são tomados como objeto de trabalho e as necessidades dos usuários limitam-se à execução de procedimentos.

Nesse sentido, as ações são fragmentadas e a criança é dividida em partes, inversamente à proposta da integralidade em que o contexto da infância propõe que a criança seja entendida como sujeito inserido em um ambiente social e familiar, em constante interação com o meio⁽¹⁴⁾.

A questão da integralidade na saúde da criança é essencial, pois envolve o cuidado em saúde articulado com a equipe, família e a comunidade. Porém, representa um desafio a sua aplicação resolutiva, pois como demonstrou um estudo⁽¹⁵⁾, existem fatores limitadores políticos e gerenciais, outros institucionais e estruturais das unidades de saúde para a prática desse cuidado, como insuficiência de recursos para a saúde e para o cuidado à criança, a falta de insumos, inadequação na estrutura física das unidades de saúde e ausência do encontro entre profissionais da mesma equipe de saúde. Com isso, as mães passam por situações difíceis ao verem seus filhos submetidos a serviços pouco resolutivos e descomprometidos com a vida e com a dignidade humana, expondo as crianças a uma atenção fragmentada, desqualificada e injusta, complementam os autores⁽¹⁵⁾.

O momento de atendimento da criança e sua mãe na unidade de saúde, seja para imunização ou consultas de enfermagem ou consulta médica, deveria ser permeado por um encontro acolhedor, com estabelecimento de vínculo e laços de confiança e segurança para que seja possível o planejamento do plano terapêutico da criança ao longo de seu crescimento e desenvolvimento; quando a finalidade do trabalho em saúde não está evidenciada no alcance das necessidades de saúde, as ações de saúde se dissipam no momento de atendimento, não obtendo efeito cuidador permanente, tanto para o trabalhador quanto para a mãe/cuidador(a) na continuidade desse cuidado no domicílio e na comunidade⁽³⁾.

Embora houvesse predominância de trabalho morto nas unidades observadas, foi possível perceber, em alguns atendimentos, formas de abordagem e conduta dos profissionais diferenciadas daquela prática, com atos que lembram tentativas de estabelecer um processo de trabalho diferenciado dos demais:

Na consulta com um dos médicos da família, ele pediu à mãe que lhe mostrasse como ela estava amamentando seu filho e, nessa hora, com ela amamentado, ele passou a orientá-la (OBS 7 USF).

Em algumas crianças atendidas percebi que havia vínculo estabelecido entre mãe-pediatra e criança, o mesmo conhecia o paciente pelo nome e a mãe descrevia os problemas da criança espontaneamente, demonstrando confiança no profissional (OBS 5 UBS).

Observei que muitas crianças atendidas na sala de vacina, na puericultura e no consultório médico com o pediatra são conhecidas pela equipe da UBS. Mesmo aquelas crianças de outros bairros atendidos nesta unidade, são acolhidas, encaminhadas e sugerido retorno se necessário (OBS 6 UBS).

Uma criança de cinco meses chegou, e a enfermeira já sabia o nome da criança [...] a todo instante a enfermeira ia conversando com a mãe e tirando suas dúvidas, e abordando sobre o convívio familiar e o papel ocupado pela criança nesta família (OBS 2 UBS).

As observações permitiram visualizar a existência de vínculo entre o trabalhador-usuário, mesmo com a questão geográfica de algumas mães à procura dos serviços nesta unidade, pois não eram da área adstrita à unidade, esse fato não impediu o acolhimento, estabelecimento de vínculo, e cuidado em saúde para as crianças e seus cuidadores. O vínculo estabelecido proporciona retorno na unidade em busca do profissional de referência que lhe acolheu, e é nesses encontros que se darão em outros momentos, que se edifica o caminho de um cuidado em saúde resolutivo e eficiente para a criança crescer e se desenvolver de forma saudável.

A inversão das tecnologias de cuidado, buscando inserir nos projetos terapêuticos ações que transferem conhecimento ao usuário, eleve sua autoestima, consiga incorporar toda sua vivência no processo terapêutico, possibilitam um trabalhar a saúde mais relacional do que instrumental, o que significa elaborar projetos terapêuticos mais completos e cuidadores, centrado nas necessidades dos usuários e tendo-o como protagonista do seu processo de saúde⁽¹⁶⁾.

Mesmo diante de inúmeras dificuldades vivenciadas no trabalho cotidiano das equipes, ainda persistem, muitas vezes, iniciativas que permitem aos trabalhadores o exercício de um cuidado humanizado e resolutivo ao

usuário, como mostrou o estudo⁽¹⁷⁾ sobre a humanização no processo de trabalho das equipes de PSF que, apesar das fragilidades de infraestrutura e pouco investimento em formação das equipes, as mesmas revelaram, de modo geral, um alto grau de comprometimento com o trabalho que desenvolvem e alta sensibilidade diante das necessidades e problemas da população.

Indica-se que por mais que haja dificuldades quanto à disponibilidade de recursos, na preparação da relação serviço-usuário e trabalhador-usuário, os aspectos ligados ao relacionamento humano, acolhedor devem ser considerados, uma vez que é no trabalho vivo em ato, nessa intercessão, que se configura a qualidade do atendimento⁽¹⁸⁾.

Enquanto o cuidado à saúde da criança estiver dividido e engessado à procedimentos, queixa-conduta e medicalização, os microespaços de trabalho estarão cada vez mais saturados e oprimidos, com problemas institucionais, políticos e estruturais. O espaço das tecnologias leves é aquele no qual nós, profissionais de saúde, estamos mais imediatamente colocados frente ao outro na relação terapêutica. Assim, dependendo do modo como organizamos este espaço de prática, teremos maiores ou menores chances de que, através do fluir de uma sabedoria prática por entre o mais amplo espectro de saberes e materiais tecnocientíficos disponíveis, a presença desse outro seja mais efetiva e criativa⁽¹²⁾.

Outras observações pontuaram o trabalho morto sobressaindo sobre o trabalho vivo demonstrado pelo cumprimento de rotinas meramente burocráticas:

Os enfermeiros não conseguiam auxiliar nos procedimentos, pois estavam em suas salas abarrotados de papéis para preenchimento dos relatórios que devem ser realizados todo final de mês contabilizando o número de atendimentos e de procedimentos realizados pela equipe (OBS 5 USF).

A enfermeira falou que muitas vezes, na correria, não consegue registrar todos os atendimentos realizados, o que diminuiria na sua produtividade no final do mês (OBS 5 USF).

Cada membro permanece na sua sala e/ou setor exercendo suas atividades e preenchendo seus papéis (OBS 8 USF).

O processo de trabalho da equipe concentra-se, na maioria das vezes, em preenchimentos de registros e relatórios, sobressaindo-se ao cuidado humanizado e atento à criança. Desse modo, aspectos quantitativos de produção em saúde prevalecem sobre a qualidade e a atenção que requer o cuidado, além do que os dados registrados e enviados à gestão, permanecem no papel, são arquivados e não ganham vida e dimensão para que a partir deles sejam planejadas políticas de melhorias na estrutura e na atenção em saúde da população na APS⁽²⁾.

Em estudo⁽¹⁹⁾ sobre o processo de trabalho do enfermeiro em uma unidade da ESF, os resultados apontaram que a dimensão gerencial ocupa 33% do tempo dedicado pelos enfermeiros nas suas atividades, sendo que 9,5%, o enfermeiro faz alimentação de sistema e 1,5% emissão de relatórios.

Em outro estudo⁽²⁰⁾, também foi verificado a relação com tarefas burocráticas, em que o preenchimento dos instrumentos do SIAB serve muito mais para atender aos compromissos com a coordenação municipal do que para organizar a dinâmica da equipe, com readequação das atividades que venham responder às necessidades de saúde da população. Dessa forma, o valor das informações geradas pela equipe nem sempre é incorporado na sua prática de trabalho e sim, à quantificação da produtividade do serviço.

Considerações finais

O estudo permitiu apreender que aspectos do processo de trabalho em saúde existente na APS do município investigado pode interferir com a resolutividade do cuidado à criança, tanto na unidade de saúde tradicional, quanto na unidade com Estratégia Saúde da Família.

Quanto à composição das equipes de trabalho nas unidades, no que se refere ao número de enfermeiros e pediatras, estão completas e com número suficiente de profissionais, com tempo de atuação razoável de experiência em APS.

A descrição das observações *in loco* nas unidades de saúde tradicional e de saúde da família, contudo, evidenciou processos de trabalho incompatíveis com o alcance das necessidades de saúde das crianças, visto que o processo de trabalho das equipes permanece centrado na doença, no

profissional médico, em procedimentos. Alguns trabalhadores demonstraram um olhar ampliado direcionado para um contexto familiar e social, preocupados em agir na prevenção e promoção da saúde da criança e da comunidade, integrando ao seu dia a dia um trabalho que possa estabelecer momentos de relação e vínculo com os indivíduos, realizando o cuidado com a proposta de alcançar saúde necessária para se viver.

Mas no geral, sobressaíram-se problemas no trabalho em saúde que tendem a dificultar as ações de saúde da criança no âmbito da APS, principalmente na unidade que comporta a ESF, como a falta de recursos humanos e a ênfase dada a cumprimento de metas e funções burocráticas exigidas pela gestão, desviando a função assistencial indispensável dos enfermeiros para funções administrativas.

A finalidade do trabalho em saúde da criança foi de recuperar a saúde e eliminar a doença agindo no fator biológico e individual, de acordo com cada saber uni profissional por meio de condutas isoladas e não compartilhadas.

Dessa forma, percebe-se ainda, uma lacuna existente entre cuidado em saúde, interdisciplinaridade e integralidade, que transpõe qualquer ação que necessita do compartilhamento de saberes, encaminhamentos e atuações no sentido de trabalhar o cuidado levando em consideração os determinantes sociais de saúde-doença do grupo infantil.

É nesse contexto de aproximação e estabelecimento de relações terapêuticas saudáveis e criativas que se propõem mudanças a fim de se produzir saúde em todos os espaços e para todos os sujeitos, sejam usuários, sejam trabalhadores assumindo seu protagonismo no modo de viver e de trabalhar.

Referências

1 Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

2 Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In:

Cecílio LCO (org.). Inventando a mudança na saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997.

3 Ayres JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/IMS/ABRASCO; 2009.

4 Organização Mundial da Saúde. Departamento de Recursos Humanos para a Saúde. Spotlight: estatísticas da força de trabalho em saúde. Departamento de Recursos Humanos para a Saúde, OMS [online]. 2008 [acesso em 2013 Dez 03]. Disponível em: www.who.int/hrh/statistics.

5 Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS da, Siqueira FV. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad. saúde pública [online]. 2008 [acesso em 2013 Jul 01]; 24(sp 1): 193-201. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300023&lng=en&nrm=iso.

6 David HMSL, Mauro MYC, Silva VG, Pinheiro MAS, Silva FH da. Organização do trabalho de enfermagem na Atenção Básica: uma questão para a saúde do trabalhador. Texto & contexto enferm. [online]. 2009 [acesso em 2013 Jul 01]; 18(2):206-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072009000200002&lng=en&nrm=iso.

7 Cezar-Vaz MR, Soares JFS, Figueiredo PP, Azambuja EP, Sant'Anna CF, Costa VZ. Percepção do risco no trabalho em saúde da família: estudo com trabalhadores no sul do Brasil. Rev latinoam enferm [online]. 2009 [acesso em 2013 Jun 18]; 17(6): [7 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692009000600006&lng=en&nrm=iso.

8 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

9 Oliveira TRB de. Interdisciplinaridade: um desafio para a atenção integral à saúde. Rev saúde.com [online]. 2007 [acesso em 2013 Jul 03]; 3(1): 20-27. Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/v3/v3n1a03.pdf>

10 Santiago RF, Mendes ACG, Miranda GBD, Furtado BMASM, Souza WV de. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção do usuários. Ciênc saúde coletiva. 2013;18(1):35-44.

11 Szwarcwald CL, Leal MC, Gouveia GC, Souza WV. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde. Rev bras saúde mater infant. 2005; 5(supl 1):1-22.

12 Ayres JRJM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. Interface comum saúde educ. [online]. 2004 [acesso em 2012 Nov 02]; 8(14): 73-92. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832004000100005&lng=en&nrm=iso.

13 Sá ET de, Pereira MJB, Fortuna CM, Matumoto S, Mishima SM. O processo de trabalho na recepção de uma unidade básica de saúde: ótica do trabalhador. Rev. gaúch enferm. 2009; 30(3): 461-467.

14 Furtado MCC, Silva LCT, Mello DF, Limal RAG, Petri MD, Rosário MM. A integralidade da assistência à criança na percepção do aluno de graduação em enfermagem. Rev bras enferm. 2012; 65(1): 56-64.

15 Sousa FGM, Erdmann AL, Mochel EG. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. Texto & contexto enferm. [online]. 2011 [acesso em 2013 Fev 14]; 20(n. spe): 263-71.

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072011000500033&lng=en&nrm=iso.

16 Franco TB, Panizzi M, Fosquiera M. O Acolher Chapecó e a Mudança do Processo de Trabalho na Rede Básica de Saúde. In: Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro, Março; 2004. p. 1-6.

17 Trad LAB, Rocha AARM. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. Ciênc saúde coletiva [online]. 2011 [acesso em 2013 Fev 14]; 16(3): 1969-80. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000300031&lng=en&nrm=iso.

18 Matumoto S, Mishima SM, Fortuna CM, Pereira MJB, Almeida MCP de. Preparando a relação de atendimento: ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. Rev latinoam enferm. 2009; 17(6):1001-08.

19 Paula M, Peres AM, Bernardino E, Eduardo EA, Macagi STS. Processo de trabalho e competências gerenciais do enfermeiro da estratégia saúde da família. Rev RENE. 2013; 14(4):980-7.

20 Silva IZQJ, Trad LAB. Team work in the PSF: investigating the technical articulation and interaction among professionals. Interface comum saúde educ. 2005; 9(16): 25-38.

Agradecimentos:

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq; ao Grupo de Pesquisa em Enfermagem Materno-Infantil – GPEMI; aos Acadêmicos dos cursos de enfermagem, medicina e especialização em saúde pública – *lato sensu* da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE, Campus Cascavel-PR.

5 CONSIDERAÇÕES GERAIS

Mesmo após 25 anos de criação de um sistema de saúde público, que tem, dentre seus princípios, a universalidade, a igualdade e a integralidade, foi possível observar, por meio da realização desta pesquisa, as dificuldades e barreiras existentes e, aparentemente inatingíveis de se promover e prevenir saúde de forma efetiva e resolutiva no país, principalmente no que se refere à assistência prestada ao grupo infantil no âmbito da APS.

O presente estudo identificou aspectos da estrutura e do processo de trabalho das equipes de saúde que interferem na prestação de assistência ampla, resolutiva e de qualidade à saúde da criança. Os dados obtidos apontam para estrutura física precária, escassez de recursos humanos e materiais, dificuldades no acesso aos serviços das unidades, a prestação de um cuidado em saúde enfatizado no modelo biomédico de saúde e ações meramente curativas e isoladas, sem a integração da equipe como um todo. Essas implicações ficaram evidentes tanto na UBS tradicional, como na ESF, o que vem a desmantelar o pressuposto levantado de que na ESF as ações de assistência à saúde da criança seriam pautadas de modo interdisciplinar e integral, tendo a criança o pleno acompanhamento e desenvolvimento por meio dos profissionais da ESF.

Tais aspectos obtidos nos resultados do estudo revelam que pouco está sendo feito para que essa estratégia se edifique adequadamente nos espaços da APS. Os problemas de acesso e resolução das necessidades de saúde ainda permanecem inertes e pouco tem se avançado desde que a estratégia foi implantada no município, o que é corroborado pela recorrência dos problemas de saúde que acometem a infância e são constantemente visualizados no dia-a-dia dos corredores das unidades de APS, dos pronto-atendimentos e hospitais do município.

Ressalta-se que a forma como o trabalho vem sendo organizado e executado pelas equipes, expressa-se como fator implicante na execução das ações de saúde da criança na APS. Uma vez que no referencial teórico, o

trabalho como sendo inerente ao homem, no modo de produção capitalista, cria relações de exploração e dependência para o trabalhador, que vende sua força de trabalho em troca de sua sobrevivência. No trabalho em saúde, tal fato não difere, e se torna mais complexo a partir do momento que se passa a refletir que a produção do cuidado nos serviços de saúde, de forma genérica, se cria e recria como no espaço de uma fábrica qualquer, em que as características pautam-se em um trabalho dividido, fragmentado, especializado, organizado em hierarquias e que se finda quando se produz algo. E no setor saúde, o que realmente é produzido?

A presente pesquisa evidenciou o que autores citados no transcurso deste texto vêm discorrendo ao longo de praticamente duas décadas, a hegemonia do trabalho em saúde médico-centrado, dividido e dependente de tecnologias duras ou leve-duras, em que a produção do cuidado em saúde é momentânea e visa a cura do órgão doente dos indivíduos, geralmente por meio de procedimentos especializados ou tratamento farmacológico, sem considerar o usuário como ser social, capacitante e protagonista do seu cuidado.

O que acaba por acarretar a falta de resolução dos problemas de saúde, já que a ênfase dada na prestação do cuidado pormenoriza-se na queixa individual e fragmentada do indivíduo, sem levar em consideração os aspectos essenciais de sua vida que caracterizam sua maneira de viver, pensar, de ser e provavelmente adoecer.

No estudo, vários trechos apontaram a produção do cuidado à criança com essas características, demonstrando que as práticas de saúde, em grande medida, lançam mão do trabalho morto pautado pelas tecnologias duras e leve-duras, independente se o modelo assistencial implantado é ESF, o que pouco modifica, já que o processo de trabalho da equipe permanece engessado no modelo biomédico de saúde e a finalidade do trabalho permanece sendo a cura da doença ou agravo.

Dessa maneira, as ações de assistência à saúde da criança tanto na ESF quanto na unidade de saúde tradicional não alcançam resolutividade, não há a efetivação de uma assistência de qualidade à saúde da criança e os mesmos problemas de saúde decorrentes da infância permanecem, como permanecem os mesmos problemas estruturais e de processos nas unidades.

O agir cotidiano dos trabalhadores na APS inseridos no modo como os serviços estão organizados em termos de estrutura e de processos, sejam eles na forma de recursos materiais ou de recursos humanos, além de não alcançar as necessidades de saúde ali pretendidas por aqueles que buscam o cuidado, provavelmente não traz realização profissional a esses trabalhadores, que ficam alienados no seu espaço de trabalho reproduzindo práticas de saúde, muitas vezes repetitivas, sem sentido tanto para quem executa tanto para quem as recebe.

O resultado desse processo é o que se percebe na atualidade, doenças mentais aumentando substancialmente, afetando aos que buscam por cuidado e aos que prestam o cuidado, interceptadas por relações, inúmeras vezes, desgastantes e perturbadas pela falta de escuta, diálogo e vínculo entre o ser cuidado e o cuidador.

Ainda que pontualmente, ações de trabalhadores atuando em prol da integralidade, promoção e prevenção à saúde da criança foram pontuadas na pesquisa, porém de forma isolada e individual. Isso demonstra que apesar das dificuldades vivenciadas no processo de trabalho é possível que os trabalhadores construam alternativas para superar as barreiras enfrentadas, exerçam seu protagonismo e conduzem seu trabalho de maneira autônoma e humanizada.

Para que isso seja possível, iniciativas poderiam ser desenvolvidas por parte da gestão, como capacitação e qualificação dos trabalhadores com maior frequência. Assim como o planejamento das ações e programas a serem implementados nos serviços, seriam melhor desenvolvidos, se fossem discutidos e elaborados de forma participativa, acolhendo e ouvindo tanto trabalhadores da assistência como usuários, de forma a promover a escuta acerca da realidade enfrentada nesses locais.

Porém, tais ações, não se consolidam se adequações na estrutura e nas instalações não forem concretizadas de modo a acolher e promover espaços de bem-estar e humanizados. Assim, os trabalhadores possam realizar seu trabalho de forma competente e eficaz, o que permite que o trabalho vivo seja difundido nesse espaço e possa fluir a escuta, vínculo, responsabilização e estabelecimento de planos de vida e de saúde singulares.

Enquanto espaços e processos de trabalho não forem discutidos e reformulados de uma forma que atente para as vontades, desejos, necessidades tanto dos trabalhadores como dos usuários, o cuidado em saúde flutuará sobre os serviços sem atingir os sujeitos-protagonistas desse espaço, continuando a produção e reprodução de atos de saúde desconexos sem alcance de finalidade.

Até o momento, não se sabe se a presente pesquisa será utilizada como ferramenta de gestão para a reorganização do processo de trabalho e no planejamento da assistência às crianças em proporções organizativas e estruturais das unidades de saúde, o que se pode afirmar, por parte da pesquisadora, que o processo realizado para sua construção, obtenção dos seus resultados, bem como sua possível conclusão, possibilitou novas reformulações em seu modo de agir, olhar e escutar os usuários na sua prática cotidiana como enfermeira da APS. O que para a mesma, representa um apreço desmedido que impulsionará no desafio a ser difundido à sua equipe por meio de tentativas de mudanças na micropolítica do processo de trabalho da unidade em que atua, refletindo gradativamente nos processos de vida, de saúde e de doença da população que busca por cuidado naquele microespaço.

O compromisso desde já com a divulgação dos resultados da pesquisa fica aqui assumido, tanto em periódicos científicos, para discussão mais abrangente sobre o processo de trabalho na oferta de atenção a saúde para a criança na APS, quanto no espaço de prática em que foi efetuada a pesquisa, na forma de entrega do relatório de pesquisa a secretaria de saúde que a autorizou, bem como na elaboração de uma apresentação teórica a esse serviço, caso aceitem essa sugestão.

REFERENCIAS

- ABRAHÃO, A. L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, v. 3, n. 1. p. 01-03, jan.-jun., 2007. Disponível em: <http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>. Acesso em: 27 nov. 2012.
- ABREU, D. M. X.; CÉSAR, C. C.; FRANÇA, E. B. Relação entre as causas de morte evitáveis por atenção à saúde e a implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Revista panamericana de salud pública/Pan american journal of public health**, v. 21, n. 5, p.282-291, 2007.
- ALEXANDRE, A. M. C.; BICUDO, D. O.; FERNANDES, A. P. P.; SOUZA, C.; MAFTUM, M. A.; MAZZA, V. A. Organization of primary health care of children second professional: qualitative research. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 9, n. 1, [12 telas]. 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2801>>. Acesso em 06 abr. 2013.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1998.
- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho:** ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 6. reimpressão. São Paulo: Boitempo, 2003.
- ANVISA. Agência Nacional de vigilância Sanitária. RDC nº 50, de 21/02/2002. Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: ANVISA, 2002.
- AYRES, J. R de C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, fev. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 nov. 2012.
- AYRES, J. R de C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis (Rio de Janeiro)**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 jul. 2013.
- AYRES, J. R de C. M. Para comprender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de la Hermenéutica Filosófica. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 4, n. 2, p. 159-172, mai.-ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652008000200007&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 13 jul. 2013.
- AYRES, J. R. de C. M. **Cuidado:** trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/IMS/ABRASCO, 2009.

BARTOLOMEI, C. E. F.; CARVALHO, M. S. de; DELDUQUE, M. C. A saúde é um direito! **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 184-191, set.-dez. 2003.

BARROS, A. J. P.; LEHFELD, N. A. S. **Projeto de pesquisa**: propostas metodológicas. 15. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

BEZERRA, I. M. P.; OLIVEIRA, A. K. S de; SILVA, C. C.; NETO, E. A. L.; SILVA, A.T.M.C da. Velhas e novas formas de intervenção em saúde: os modelos assistenciais em análise. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 89, p. 197-206, abr.-jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa agentes comunitários de saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de Formação de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Brasil: Ministério da Saúde. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, v. 8).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde**: saúde da família. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança**: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: 2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: 27 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. **Números da Saúde da Família**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#numeros>. Acesso em: 18 dez. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. Tradução de Nathanael C. Caixeiro. Rio de Janeiro: LTC, 2011.

CASCAVEL, Prefeitura Municipal de Cascavel, Paraná. Disponível em: <<http://www.cascavel.pr.gov.br/secretarias/saude/pagina.php?id=136>>. Acesso em: 20 jul. 2012.

CAMPOS, G. W. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2002. p. 229-266.

CECILIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CEZAR-VAZ, M. R.; SOARES, J. F. S.; FIGUEIREDO, P. P.; AZAMBUJA, E.P.; SANT'ANNA, C. F.; COSTA, V. Z da. Percepção do risco no trabalho em saúde da família: estudo com trabalhadores no sul do Brasil. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 6, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 jun. 2013.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B.; ARAÚJO, M.E. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. **Revista baiana de saúde pública**, v. 33, n. 3, p. 440-452. jul.-set. 2009.

CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.) **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a práticas da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 29-47.

COSTA, G. D; COTTA, R. M. M.; REIS, J. R.; FERREIRA, M. L.S.; REIS, R. S.; FRANCESCHINI, S. C. C. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeiras, Minas Gerais (MG, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3229-3240. 2011.

DAVID, H. M. S. L.; MAURO, M. Y. C.; SILVA, V. G. S.; PINHEIRO, M. A. S.; SILVA, F. H. Organização do trabalho de enfermagem na Atenção Básica: uma questão para a saúde do trabalhador. **Texto & contexto-enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 206-214. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 jul. 2013.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.7-14. 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jul. 2013.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

DILELIO, A. S.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; SILVA, S.M.; THUMÉ, E.; PICCINI, R. X.; et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de saúde pública**, v. 28, n. 3, p. 503-514. 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jun. 2013.

FAVERO-NUNES, M. A.; SANTOS, M. A dos. Itinerário terapêutico percorrido por mães de crianças com transtorno autístico. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 23, n. 2, p. 208-221. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722010000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 nov. 2013.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução de Joice Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FLORES PEÑA, Y; ALMEIDA, M.C.P de; DURANZA, R.L.C. O processo de trabalho da enfermeira no cuidado à criança sadia em uma instituição da seguridade social do México. **Revista latino-america de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, [7 telas], out. 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000500003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 mar. 2013.

FORTUNA, C. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B.; MISHIMA, S. M. Alguns aspectos do trabalho em saúde: os trabalhadores e os processos de gestão. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 62, p. 272-281, set.-dez. 2002.

FRANÇA, I. S. X.; PAGLIUCA, L. M. F.; BAPTISTA, R. S.; FRANÇA, E. G.; COURA, A. S.; SOUZA, J. A. Violência simbólica no acesso das pessoas com deficiência às unidades básicas de saúde. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 63, n. 6, p. 964-970. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 nov. 2013.

FRANCO, T. B; MERHY, E. E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 151-163. 2012. Disponível em:

<<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120>>.
Acesso em: 20 jul. 2013.

FRANCO, T. B.; PANIZZI, M.; FOSQUIERA, M. O Acolher Chapecó e a mudança do processo de trabalho na rede básica de saúde in **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 30, Rio de Janeiro, março, 2004.

FURTADO, M. C. C.; SILVA, L. C. T.; MELLO, D. F.; LIMA, R. A. G.; PETRI, M. D.; ROSÁRIO, M. M. A integralidade da assistência à criança na percepção do aluno de graduação em enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 56-64, jan.-fev. 2012.

GADAMER, H. G. **Verdade e método**: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Tradução Flávio Paulo Meurer. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M de; ALMEIDA, P. F de; ESCOREL, S.; SENNA, M. C. M.; FAUSTO, M. C. R.; et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 out. 2012.

GOMES, R. M. **Humanização e desumanização do trabalho em saúde**: algumas contribuições conceituais para uma análise crítica. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/File/Capitalismo%20e%20Sa%FAde.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2012.

GORZ, A. **Metamorfoses do trabalho**: crítica da razão econômica. Tradução de Ana Montoia. São Paulo: Annablume, 2003.

HABERMAS, J. **Dialética e hermenêutica**. Porto Alegre: L & PM, 1987.

HARZHEIM, E.; GONÇALVES, M. R.; OLIVEIRA, M. M. C.; TRINDADE, T. G.; AGOSTINHO, M. R.; HAUSER, L. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde**: primary care assessment tool PCATool – Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2013**. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2013/estimativa_2013_dou.pdf. Acesso em: 18 dez. 2013.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. 2. ed. São Paulo: EPU, 2013.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. Livro primeiro: o processo de produção do capital. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

MAY, T. **Pesquisa social**: questões, métodos e processos. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MARQUI, A. B. T. de; JAHN, A. C.; RESTA, D. G.; COLOMÉ, I. C. S.; ROSA, N. da; ZANON, T. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 4, p. 956-961. 2010. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/. Acesso em: 22 nov. 2013.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; FORTUNA, C. M.; PEREIRA, M. J. B.; ALMEIDA, M. C. P de. Preparando a relação de atendimento: ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 17, n 6, p.1001-1008, nov.- dez.2009.

MELO, D. F; TONETE, V. L. P; SILVA, M. A. Atenção básica à saúde da criança. In: FUJIMORE, E; OHARA, C. V. C.(Orgs.). **Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica**. Barueri: Manole, 2009.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011.

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

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 17, n. 4, p. 642-758, out.-dez. 2008.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O (org.). **Inventando a mudança na saúde**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - uma discussão do modelo de assistência e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R et al. (Orgs.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p.103-20.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. (Orgs.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. p. 71-112.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In: Pereira, I. B. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MERHY, E. E; FRANCO, T. B. **Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde**. Disponível em:
http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/reestruturacao_produtiva_e_trasnicao_tecnologica_na_saude_emerson_merhy_tulio_franco.pdf. Acesso em: 19 jul. 2013.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul. –set. 1993.

MONTEIRO, A. I.; LIMA, W. K. Y. N de; SANTOS, A. D. B dos; TEIXEIRA, G. B.; MACÊDO, I. P de. Humanização do atendimento à criança na atenção básica: visão dos profissionais. **Revista da rede de enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v.13, n. 4, p. 724-733. 2012.

MONTEIRO, A. I.; MACÊDO, I. P de; SANTOS, A. D. B dos; ARAÚJO, W. M de. A enfermagem e o fazer coletivo: acompanhando o crescimento e o desenvolvimento da criança. **Revista da rede de enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 73-80, jan.-mar. 2011.

MORAES, P. A.; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 1, p. 19-25. 2011.

NASCIMENTO, V. F. Acessibilidade de deficientes físicos em uma unidade de saúde da família. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 3, n. 3, p.1031-1044. 2012. Disponível em:
<<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/174/pdf>>. Acesso em: 15 out. 2013.

NETTO, J. P. Trabalho, sociedade e valor. In: **Economia política: uma introdução crítica**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010 (Biblioteca básica de serviço social; v.1, p. 29-53).

NOGUEIRA, R. P. O trabalho em serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. (Coord.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do SUS**. OPAS/OMS- Ministério da Saúde, 2007. Disponível em:

<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1500.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2013.

NÓBREGA, V. M.; DAMASCENO, S.S.; RODRIGUES, P.F.; REICHERT, A.P.S.; COLLET, N. Atenção à criança com doença crônica na Estratégia Saúde da Família. **Cogitare enfermagem**. [Internet] 2013, v.18 n. 1, p. 57-63. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/issue/view/1488>> Acesso em: 17 set. 2013.

OLIVEIRA, B. R. G.; VIERA, C. S.; COLLET, N.; LIMA, R. A. G de. Causes of hospitalization in the National Healthcare System of children aged zero to four in Brazil. **Revista brasileira de epidemiologia** [online], v. 13, n. 2, p. 268-277. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n2/en_09.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2013.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; MELLO, D. F.; LIMA, R. A. G. O itinerário terapêutico de famílias de crianças com doenças respiratórias no sistema público de saúde. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 20, n. 3, [9 telas], mai.-jun. 2012. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em 15 nov. 2013.

OLIVEIRA, B. R. G.; VIERA, C.S.; COLLET, N.; LIMA, R. A. G. Acesso de primeiro contato na atenção primária em saúde para crianças. **Revista da rede de enfermagem do Nordeste**, v.13, n. 2, p.332-342. 2012.

OLIVEIRA, T. R. B de. Interdisciplinaridade: um desafio para a atenção integral à saúde. **Rev. Saúde. Com**, v. 3, n. 1, p. 20-27. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm>. Acesso em: 20 jul. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Spotlight**: estatísticas da força de trabalho em saúde. Departamento de Recursos Humanos para a Saúde: OMS, 2008. Disponível em: www.who.int/hrh/statistics. Acesso em: 03 dez. 2013.

PARANÁ. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. Rede de Atenção à urgência e Emergência. **Paraná Urgência**. Gráfica do Estado: Curitiba, 2012. Disponível em: <http://www.sesa.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2982> Acesso em: 10 out. 2013.

PAULA, M de; PERES, A. M.; BERNARDINO, E.; EDUARDO, E. A.; MACAGI, S. T. S. Processo de trabalho e competências gerenciais do enfermeiro da estratégia saúde da família. **Revista da rede de enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 4, p. 980-987. 2013.

PEDUZZI, M; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p.320-328.

PINA, J. C.; MELLO, D. F.; MISHIMA, S. M.; LUNARDELO, S. R. Contribuições da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância ao acolhimento de crianças menores de cinco anos. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v.22, n.2. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 30 mar. 2013.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: BARROS, A. F. R. (Org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.145-164.

PIRES, D. E. P.; TRINDADE, L. L.; MATOS, E.; AZAMBUJA, E.; BORGES, A. M. F.; FORTE, E. C. N. Inovações tecnológicas no setor saúde e aumento das cargas de trabalho. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, p. 45-59. 2012.

PIRES, D. **Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil**. São Paulo: Anablume, 1998.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, abr.2004. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200011&lng=en&nrm=iso. Acesso em 18 dez. 2012.

RIBEIRO, L. C. C., ROCHA, R. L.; RAMOS-JORGE, M. L. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. **Cadernos de saúde pública**, v. 26, n. 12, p. 2316-2322, dez. 2010.

RICHARDSON, R. J., PERES, J. A. S. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

SÁ, E. T., PEREIRA, M. J. B.; FORTUNA, C. M.; MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M. O processo de trabalho na recepção de uma unidade básica de saúde: ótica do trabalhador. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 30, n. 3, p. 461-467, set. 2009.

SANTIAGO, R. F.; MENDES, A. C. G.; MIRANDA, G. B. D.; FURTADO, B. M. A. S. M.; SOUZA, W. V de. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários. **Ciência & saúde coletiva**, v. 18, n. 1, p. 35-44. 2013.

SCHERER, M. D. A.; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde

da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 53-66. 2004-2005.

SCHWARTZ, T. D.; FERREIRA, J. T. B.; MACIEL, E. L. N.; LIMA, R. C. D. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, jul. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 nov. 2013.

SELLTIZ, C.; WRIGHTSMAN, L. S.; COOK, S. W. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. 2. ed. São Paulo: EPU, 1987.

SILVA, A. C de M. A.; VILLAR, M. A. M.; WUILLAUME, S. M.; CARDOSO, M. H. C. Perspectivas de médicos do Programa Saúde da Família acerca das linhas de cuidado propostas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 29 mar. 2013.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. Team work in the PSF: investigating the technical articulation and interaction among professionals, **Interface: comunicação, saúde, educação**, v. 9, n. 16, p. 25-38, set.2004/fev.2005.

SILVA, N. R. Fatores determinantes da carga de trabalho em uma unidade básica de saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 16, n. 8, p.3393-3402. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000900006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jul. 2013.

SILVA, R. V. G. O; RAMOS, F. R. S. O trabalho de enfermagem na alta de crianças hospitalizadas: articulação da atenção hospitalar e básica. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p.309-315, jun. 2011.

SIQUEIRA, F. C. V.; FACCHINI, L. A.; SILVEIRA, D. S.; PICCINI, R. X.; THUMÉ, E.; TOMASI, E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, v.14, n. 1, p. 39-44. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 out. 2013.

SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L. Qualificando o cuidado à criança na atenção primária de saúde. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 65, n. 5, p.795-802, out. 2012.

SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L.; MOCHEL, E. G. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. **Texto & contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 20 (Esp.), p. 263-271. 2011.

SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L.; MOCHEL, E. G. Modelando a integralidade do cuidado à criança na Atenção Básica de Saúde. **Revista gaúcha de enfermagem** (Online), Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 701-701, dez. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 abr. 2013.

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

SZWARCWALD, C. L.; LEAL; M. C.; GOUVEIA, G. C.; SOUZA, W. V. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da pesquisa mundial de saúde. **Revista brasileira de saúde materno-infantil**, v. 5, (Supl. 1), p. 01-22. 2005.

TOMASI, E.; FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. C. V. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Sup 1, p. 193-201. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 jul. 2013.

TOSO, B. R. G. O. **Resolutividade do cuidado à saúde de crianças menores de cinco anos hospitalizadas por causas sensíveis a atenção básica**. 2011. 373f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

TRAD, L. A. B.; ROCHA, A. A. R. M. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 fev. 2013.

VIERA, C. S.; MELLO, D. F. de. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. **Texto & contexto - enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 74-82, jan.-mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000100009&lng=en&tlng=pt>. Acesso em: 26 nov. 2013.

Referências das fotos que ilustram a dissertação:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **O SUS em fotos** : promoção da saúde, produção de sentidos / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

APÊNDICE A - Instrumento de avaliação da infraestrutura de UBS

UBS: _____

Horário de funcionamento: _____

Nº	Descrição	Parâmetro	Sim	Não	Em implantação
1	Administração e gerência	1 por UBS			
2	Almoxarifado	1 por UBS			
3	Área de espera	1 a cada 15 pessoas			
4	Área externa	1 por UBS			
5	Área para embarque de ambulância	1 por UBS			
6	Área de recepção	1 por UBS			
7	Área de serviço	1 por UBS			
8	Banheiro para funcionários	Deve ser previsto 1 para cada sexo			
9	Central de material de esterilização	1 por UBS			
10	Consultório ginecológico	1 para 1 a 2 EAB			
11	Consultório	1 por EAB			
12	Consultório odontológico	1 por EAB			
13	Copa / Cozinha	1 por UBS			
14	Depósito de material de limpeza	1 por UBS			
15	Escovário	1 por UBS (recomendado porém não obrigatório)			
16	Farmácia	1 por UBS			
17	Sala de ACS	1 por UBS			
18	Sala de atividades coletivas	1 por UBS			
19	Sala de coleta	1 por UBS (caso a UBS faça coleta)			
20	Sala de curativos	1 por UBS			
21	Sala de inalação coletiva	1 por UBS			
22	Sala de observação	1 por UBS			
23	Sala de procedimento	1 por UBS			
24	Sala de vacina	1 por UBS			
25	Sanitário para deficientes	1			
26	Sanitário para usuários	1 para 1 EAB			

Observações:

ESTRUTURA FÍSICA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Nº	Descrição	Parâmetro	Sim	Não	Em implantação
1	Sanitário adaptado	1			
2	Barras de apoio	1			

3	Uso do corrimão	1			
4	Rampas de acesso	1			
5	Larguras das portas e corredores de circulação com medidas compatíveis com a circulação de usuários com cadeira de rodas e macas	1			
6	Piso antiderrapante	1			

ESTRUTURA FÍSICA das UBS

	Sim	Não	Em implantação
Acesso aos portadores de necessidades especiais as UBS			
Sala de espera com cadeiras confortáveis para que os usuários possam aguardar o atendimento nas UBS			
Oferta de bebedouros de fácil acesso aos usuários de UBS			
Piso sem obstáculos para facilitar o trânsito de usuários na UBS			
Banheiros bem estruturados para uso de todos os usuários			
Sala adequada para palestras			
Estrutura física bem sinalizada para melhor localização e informação dos usuários das UBS			
Atendimento informatizado quanto a marcação de fichas			
Informatização do sistema de arquivos relativo ao cadastro dos usuários nas UBS			

Descrever como é feito o agendamento das consultas:

SERVIÇOS PRESTADOS PELAS UBS DE CASCAVEL EM RELAÇÃO ÀS CRIANÇAS UBS:

Nº	Descrição	Sim	Não	Em implantação
1	Consultas médicas em pediatria			
2	Consulta de enfermagem: puericultura			
3	Aleitamento Materno (sala)			
5	Acompanhamento nutricional (SISVAN)			
6	Coleta para exame do pezinho			
7	Acompanhamento domiciliar de crianças com doenças crônicas			
8	Vacinação específica para a faixa etária			
9	Nebulização			
10	Tratamento odontológico para crianças e gestantes			
11	Marcação de consultas especializadas e			

	encaminhamento para serviços especializados			
12	Visita domiciliar dos ACS			
13	Visita domiciliar de enfermeiros, assistente social ou médicos quando necessário			

Observações:

UBS e PROFISSIONAIS DE SAUDE DA UBS

UBS:

Pediatra	Dias de atendimento	Horário de atendimento

Enfermeira	Dias de atendimento	Horário de atendimento

Observações:

APÊNDICE B - Roteiro-guia da observação não-participante

Questões centrais para observação:

- a) Acesso: as crianças são atendidas por meio de agendamento ou livre demanda? Se for agendamento, em que momento dá-se entrega de fichas? Qual a maior demanda da procura pelo serviço: queixas, ações de prevenção, ações de promoção? Como os profissionais atendem na recepção essa criança e seu cuidador (a)?
- b) Quais as ações de saúde desenvolvidas na unidade voltada para as crianças?
- c) Quais as atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde para as crianças?
- d) Qual a atitude desses profissionais no atendimento0abordagem das crianças?
- e) A estrutura física comporta o atendimento necessário às crianças?
- f) Existem materiais, medicamentos e equipamentos suficientes para atender e promover ações à saúde da criança?
- g) Qual o objeto de trabalho da equipe no que se refere à saúde da criança?
- h) Qual o (s) instrumento (s) de trabalho utilizados pela equipe à ações de saúde da criança? Tecnologias utilizadas: dura – leve-dura e leve?
- i) Qual a finalidade/intencionalidade das ações em saúde da criança pelos profissionais da unidade?
- j) Aspectos de estabelecimento de vínculo: as crianças e seus cuidadores conhecem a equipe, a UBS é a primeira opção de busca de atendimento?
- k) Existe alguma atividade para o público infantil realizada pela equipe interdisciplinar? Quais?

APÊNDICE C – Diários de campo

DIÁRIO DE CAMPO- USF MORUMBI/ CASCAVEL-PR

Data: 21 de maio de 2013

Horário início: 14h00min Horário término: 16h30min

1º dia: Chegada na unidade, me apresentei ao enfermeiro de uma das equipes de saúde da família, explicando os objetivos da pesquisa e a metodologia a ser realizada naquela unidade nos próximos dias, entregando à ele uma cópia das documentações de autorização do campo de pesquisa e o ofício com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – Unioeste. Nesta unidade trabalham duas equipes denominadas pela área de abrangência: área cinco e área 31. Segundo informações do enfermeiro (confirmada com as ACS), a equipe da área cinco possui em torno de 1200 famílias e a área 31, 1150 famílias, contando com área descoberta pelo PACS (em torno de 600-700 famílias sem acompanhamento das ACS).

Cada equipe é composta por: um enfermeiro, um médico clínico geral, dois técnicos de enfermagem (área 31 com uma técnica a outra foi alocada para outra ESF do município, não sabendo se ela retornará para essa unidade), quatro ACS, um odontólogo, um Técnico em Saúde Bucal (TSB), um Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), uma servidora geral, uma recepcionista e uma assistente social para ambas as equipes (a outra assistente social foi alocada para outra ESF).

Não observei nenhuma criança para ser atendida com médico e/ou enfermeiro no período, as crianças que chegaram na unidade foram para ser imunizadas. A sala de imunização é aberta durante todo o período de funcionamento da unidade: das 8:00h – 12:00h fechando no horário de almoço e retornando das 13:00h até as 17:00h.

Observei que as técnicas de enfermagem possuem uma escala diária de atividades (disponível na sala de injetáveis/curativo) dividida por dupla A e B em que a cada 15 dias a dupla reveza as ações divididas por Local 1 e Local 2. O Local 1 compreende: pré-consulta, triagem, verificar pressão arterial, realizar nebulização, trocar álcool dos frascos uma vez por semana, verificar e repor materiais nas salas de preventivo, dos médicos e da pré-consulta uma vez por semana. No Local 2 as atividades são as seguintes: vacinas, procedimentos e hemoglicoteste, coletar exames, trocar álcool dos frascos uma vez por semana desses locais, lavar materiais, lavar e repor materiais das salas dos enfermeiros, de vacinas e de procedimentos uma vez por semana, conferir, repor e lacrar caixa de emergência após cada uso. Portanto, as atividades realizadas pelas técnicas de enfermagem pautam-se na escala, em procedimentos de rotina, tabelados, protocolados, seu trabalho é fragmentado, dividido, as mesmas não dividem os pacientes por área, como os médicos, enfermeiros e o serviço de odontologia.

Observação da estrutura física: o prédio aparenta ser antigo e apresenta-se mal conservado, quanto à pintura encontra-se desgastada, portas e janelas enferrujadas, paredes remendadas e pequeno para a demanda de duas equipes saúde da família. A recepção é pequena, não comporta toda a demanda, não há cadeiras suficientes. Existe outra sala de espera, que pode comparar-se a um saguão ao lado da recepção onde se localiza a sala dos enfermeiros, sala

de imunização, de procedimentos, sala da assistente social e ACS, é nela que os pacientes aguardam para ser vacinados ou atendidos por estes profissionais. O corredor que dá para os consultórios é escuro e estreito, nele os pacientes aguardam para ser chamados para consulta médica e de realização de preventivo, por ser estreito, não permite circulação apropriada de pessoas – vai e vem. É nesse corredor que são realizados os procedimentos de inalação/nebulização, não tendo uma sala específica para esse fim, e sim, os pontos de saída de gases nele improvisados. Os pacientes que fazem inalação ficam juntamente com os que aguardam consulta médica. As recepcionistas ficam em um local pequeno, abarrotado de fichas (cada envelope tem as fichas/prontuários dos pacientes por família), a impressora fica em outro local, toda vez que elas imprimem algum documento (exames, especialidades) as mesmas tem que ir buscá-los na impressora.

Todas as salas e consultórios da unidade são pequenos, percebe-se que sala de procedimentos, imunização, farmácia, sala das ACS, dos enfermeiros e assistente social, foram improvisadas, pois as paredes são divisórias de compensado. Os consultórios odontológicos ficam em outro prédio no mesmo lote da unidade, aparentando serem dois serviços diferentes, com equipes divididas entre posto de saúde e clínica odontológica.

Para realizar puericultura: as duas equipes possuem uma única balança infantil e uma régua para verificar estatura na sala de um enfermeiro, sendo que todas as crianças pequenas (recém-nascidas e até um ano de idade) que são atendidas na unidade precisam entrar na sala do enfermeiro para medir e pesar.

Foi observado que na sala de procedimentos são realizados: pequenas cirurgias, curativos e injetáveis. Existe uma caixa de emergência com alguns materiais vencidos (tubo oro traqueal nº7), quanto a equipamentos infantis, observei um ambú infantil no estojo e cânulas de guedel pequena e máscaras, não observei laringoscópio e tubo oro traqueal infantil. Existe uma caixa de medicamentos de emergência que fica armazenada na sala de um enfermeiro, ao perguntar o motivo dessa caixa estar na sala do enfermeiro ao invés da sala de procedimentos, uma técnica de enfermagem disse que é para melhor controlar o lacre da caixa.

Quanto às “fichas” para consulta médica: quando uma criança precisa de atendimento médico a mãe e ou cuidador/familiar fica na fila de espera desde a madrugada para conseguir essa ficha (sic recepcionista), quando não consegue ficha com o médico se a mãe tiver interesse de esperar até às oito horas da manhã, a criança passa por consulta de enfermagem e se o enfermeiro achar necessário, encaminha a criança para o médico da unidade ou direto para o pediatra em outra unidade. Segundo o enfermeiro, o atendimento preferencial à criança se dá quando a escola ou a creche ligam ou encaminham alguma criança passando mal neste local caso isso ocorra, o enfermeiro da unidade avalia e se necessário passa por consulta médica também (ações curativas, centralizadas no profissional médico).

DIÁRIO DE CAMPO- USF MORUMBI/ CASCAVEL-PR

Data: 23/05/13

Horário início: 14h00min Horário término: 17h00min

Neste dia (quinta-feira) são realizadas puericultura pelos enfermeiros de ambas as áreas e consulta de puerpério e primeira consulta do recém-nascido pelos médicos de ambas as equipes de saúde da família.

A agenda da enfermeira de puericultura da equipe 31 está organizada da seguinte forma: quarta pela manhã são realizadas puericultura para crianças em geral e na quinta-feira ambos períodos da manhã e tarde a puericultura é realizada para recém-nascidos de alto risco, essa medida foi tomada, por que segundo a enfermeira, a agenda estava para crianças “saudáveis” que não precisava de acompanhamento. E os que necessitam, que estavam hospitalizados na UTI neonatal do hospital universitário por prematuridade ou baixo peso estavam demorando a conseguir consulta.

A puericultura do enfermeiro da área 5 iniciou com verificação de peso, altura, perímetros. Conforme verificava, parava o procedimento e anotava na carteira da criança e prontuário. Como a criança estava internada por pneumonia foi direcionada uma única pergunta para a mãe sobre se havia tomado os medicamentos corretamente. Foi verificado a carteira e registrado na curva de acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, visto as vacinas se estavam em dia. Resumidamente essa puericultura foi realizada na seguinte ordem: medidas de peso-altura-perímetros- parava para registrar- verificação da carteira de vacina e registros em três locais: carteira da criança, prontuário e no relatório do Sistema de Vigilância Nutricional e Alimentar - SISVAN, nessa hora, ficava um silêncio para o registro e a mãe aguardava o enfermeiro terminar de escrever tudo e falar que estava tudo bem para agendar na recepção e voltar no próximo mês (aparentou falta de estabelecimento de vínculo/laços, confiança e segurança, parecia que a mãe não percebia a importância de levar seu filho na puericultura por não incluí-la no atendimento, caracterizou-se por um momento de: pergunta-resposta-anotações sem sentido para a mãe, sem abrir espaço para perguntas e tirar suas dúvidas).

Quanto ao agendamento de consultas perguntei para recepcionistas e o processo se dá da seguinte forma: todas as sextas pela manhã, a partir das nove horas, os pacientes vão à unidade para agendar consultas para a próxima semana (existe uma fila para agendar consulta para outra semana e mais a fila diária para conseguir as fichas que são disponibilizadas diariamente), são disponibilizadas em torno de seis fichas de agendamento o restante, 10 fichas para o médico de uma área e em torno de 14 para o de outra área, os pacientes necessitam ficar na fila todos os dias para conseguir ficha, em torno de quatro ou cinco horas da manhã; é o vigia da unidade que avisa quantas fichas estarão disponíveis naquele dia, os pacientes se organizam de forma que a ordem da fila é a ordem da ficha, nesse momento, as mães e/ou familiares de crianças vem na fila para ver se consegue uma ficha para aquele dia. Se não conseguirem e “quiserem” passar por uma avaliação na pré consulta em que são medidos o peso e a temperatura e se veem que está normal liberam o paciente sem consultar,

se tiver alterado pedem para o médico ou enfermeiro da equipe “olhar” a criança e ver se atende ou não. Muitas mães levam suas crianças em uma unidade tradicional próxima ao bairro que possui pediatria, por isso não tem muitas crianças na fila de espera pela manhã (SIC recepcionistas).

Quanto ao serviço odontológico: todas as tardes de quinta-feira são destinadas ao atendimento de gestantes e de crianças de 0 a 3 anos por meio de agenda aberta. O restante da faixa etária a agenda é aberta de tempo em tempo e os pacientes vêm para deixar o nome (dos integrantes da família também) no qual serão atendidas conforme disponibilidade de horário. Na escola ao lado da unidade são aplicados flúor pela monitora de saúde todos os dias e nas terças, quartas e quintas-feiras a TSB vai para fazer flúor e escovação nas crianças de seis a 11 anos, segundo ela, vai sozinha sem ninguém da equipe da unidade para fazer outras atividades, no mês de maio até essa data foram realizados 562 atendimentos às crianças na escola. Referiu que já foram realizadas avaliação de saúde bucal em crianças de sete a nove anos na escola, que avaliaram e, caso tivesse necessidade, enviaram bilhetes aos pais para virem à clínica agendar tratamento, nem todos vieram.

Ao perguntar sobre possíveis participações de outros membros da equipe nessa, ou em outras atividades, falam que quase não realizam atividades com o grupo, que pediram para as ACS passar a relação de nascidos vivos de cada área para as odontólogas planejarem as visitas domiciliares.

Relataram já terem realizado palestras nas escolas e creches e que intercalam com atividades de saúde bucal (escovação e flúor) nestes locais. Ao perguntar a uma das odontólogas se no momento do atendimento pedem ou comentam sobre a carteira de vacinação ou outras questões de saúde, a mesma falou que não.

DIÁRIO DE CAMPO- USF MORUMBI/ CASCAVEL-PR

Data: 24/05/13

Horário início: 14h:20min Horário término: 17h:00min

Chegada à unidade percebi que as informações repassadas na recepção se dão de forma pontual e que o atendimento desse usuário depende do direcionamento da recepção: “onde fica a sala de vacina? (pergunta o usuário) dê a volta e aguarda no saguão (responde a recepcionista)”, “gostaria de falar com a enfermeira? Ela não se encontra hoje, está de atestado”. Outras crianças estavam no saguão (local de espera para vacinas, procedimentos, farmácia, atendimento com enfermeiros e assistente social) para realizar imunização. As crianças, juntamente com suas cuidadoras estavam no saguão paradas somente aguardando para “tomar vacina”, ao tomar vacina, só conferiam o cartão da criança e as liberavam.

Observou-se as condições precárias dessas crianças, estavam com as roupas sujas, pequenas para o tamanho, com os pés descalços, com feridas na pele e dentes careados, algumas em idade escolar sem frequentar a escola (perguntei a uma criança de aproximadamente 5 anos)- população carente existem programas, ações para essas crianças, por qual motivo não frequentam a escola, por não ter vaga?

Percebeu-se que as ACS's permanecem em suas salas fechadas, não demonstrando interação com a equipe, em um trabalho conjunto com enfermeiros, assistente social, médico, técnicos de enfermagem, odontologia, percebi que as mesmas auxiliam na recepção, quando necessário.

Durante o período que permaneci até o fechamento da unidade à tarde, veio um casal com uma criança recém-nascida para coleta de material para o Teste do Pezinho, foi a técnica de enfermagem que coletou, percebi que os pais estavam inseguros e apreensivos quanto ao procedimento porque não havia sangue suficiente e necessitava furar várias vezes o pezinho para sair sangue necessário para a leitura do exame. Após a conclusão, os pais foram embora e nenhuma informação adicional foi realizada em relação as ações de prevenção e promoção da saúde ao recém-nascido, ao perguntar à mãe se havia agendado puericultura a mãe não soube responder (mãe não tem conhecimento do que é puericultura e sua importância, é preciso reforçar essa ideia. Foi orientado apenas cuidados com os pezinhos (compressas e analgésico se necessário) poderia transformar em um momento de estabelecimento de vínculo entre binômio mãe-filho com o serviço de saúde.

DIÁRIO DE CAMPO- USF MORUMBI/ CASCAVEL-PR

Data: 27/05/13

Horário início: 14h:20min Horário término: 16h:30min

Neste dia peguei os relatórios de atendimento do mês (até a presente data) dos médicos, enfermeiros e odontólogos de ambas as áreas:

Área 31:

- consultas médicas de 0 a 13 anos: 71
- atendimentos enfermeira: 10 atendimentos individuais, 10 visitas domiciliares de nascidos-vivos e 24 puericulturas
- odontóloga: 24 procedimentos

Área cinco:

- consultas médicas de 0 a 13 anos: 54
- atendimentos enfermeira: 10 atendimentos individuais, oito visitas domiciliares de nascidos – vivos e 28 puericulturas
- odontóloga: 28 procedimentos

Nesta tarde, nenhuma criança dirigiu-se à unidade para atendimento com enf. e/ou médico, apenas para imunizações.

O que se observou no geral é que cada um faz o seu, tem a sua sala, seus afazeres, um dos médicos quando não está atendendo fica fechado no consultório, e atende se chegar emergência.

DIÁRIO DE CAMPO- USF MORUMBI/ CASCAVEL-PR

Data: 03 de junho de 2013

Horário início: 14h:20min Horário término: 17h:00min

Cheguei à unidade, havia cerca de 10 crianças aguardando no saguão para ser imunizadas, uma técnica de enfermagem estava fazendo vacina, mais curativos e procedimentos, pois a outra funcionária está de férias e uma única funcionária tinha que dar conta de todos os procedimentos. Observei que as vacinas tinham que ser administradas de forma rápida, “mecânica”, repetitiva para não acumular muita fila e crianças no saguão. Nesse momento de grande demanda na unidade foi percebida tensão e estresse constante da equipe e cara de desaprovação da população por aguardar muito tempo para ser atendida, os enfermeiros não conseguiam auxiliá-los nos procedimentos pois estavam em suas salas abarrotados de papéis para preenchimento dos relatórios que devem ser realizados todo final de mês contendo todos os atendimentos e procedimentos realizados pela equipe.

Após o atendimento da demanda, a unidade fica “tranquila” e os funcionários registram nos relatórios todo o atendimento realizado anteriormente.

Percebe-se um trabalho em que tudo se registra em prontuários, que a quantidade prevalece sobre a qualidade do cuidado, e que esse registro se sobressai no momento do cuidado (trabalho morto), como também observado em outro momento na puericultura.

Ao perguntar se há um retorno da secretaria de saúde a respeito de relatórios, a enfermeira falou que eles enviam relatórios contendo a produtividade de todas as unidades do município (aparentando ter uma concorrência, competitividade de quem realiza mais ações do que menos), a enfermeira falou que muitas vezes na correria, não consegue registrar todos os atendimentos realizados, o que diminuirá na produtividade dela no final do mês.

DIÁRIO DE CAMPO- USF MORUMBI/ CASCAVEL-PR

Data: 04 de junho de 2013

Horário início: 8h:00min Horário término: 11h:45min

Chegada pela manhã, cerca de 30 pessoas aguardam lá fora e tinha duas filas formadas, uma fila para cada área de abrangência, para pegar as fichas de consulta (12 aquele dia para cada médico). O acesso ao cuidado, à equipe depende de uma fila em que as recepcionistas falam quem tem ficha ou não, se não tem ficha o usuário vai embora, ou se ele tiver muito mal aguarda por uma avaliação (pré consulta). Nessa avaliação, a técnica de enfermagem demonstrou revoltada com essa forma de abordagem, visto que os usuários estão na fila desde madrugada, demoram na fila para chegar no balcão e a recepção dizer que não tem mais ficha, daí os que estão piores aguardam para ser chamados para essa avaliação que, na verdade, é só medir pressão arterial no adulto e temperatura em crianças e após essa “avaliação” dizer que não tem mais ficha e o usuário tem que procurar outro atendimento, neste caso, o Pronto Atendimento Continuado - PAC. Enquanto observava na pré-consulta, todas as fichas já tinham passado na pré-consulta e começaram as avaliações. Uma criança de aproximadamente 13 anos chegou na unidade com sua mãe com tosse, dor de garganta, febre e a mãe não tinha entendido que não tinha ficha naquele dia, a mesma, ficou revoltada. A técnica de enfermagem da pré-consulta falou que iria conversar com a médica, que era de outra ESF e tinha vindo substituir o médico, para ver se mesma atenderia. Após falar que estava febril, a médica atendeu a criança.

Acompanhei neste momento a consulta médica dessa profissional que veio substituir neste dia o colega que é o médico da unidade. A médica iniciou a consulta abordando as queixas e sintomas apresentados pela criança, conforme a mãe e a criança iam respondendo a médica ia anotando no prontuário. Após as anotações foi feito o exame físico e prescrição de medicamentos: ibuprofeno e dipirona, como a criança estava febril no momento, a mesma solicitou para realizar a medicação via oral na criança na unidade e ficar em observação por meia hora, após esse tempo, a criança foi liberada para casa, juntamente com sua mãe. Em outra consulta de uma criança foi iniciada com perguntas das queixas, seguido de exame físico e prescrição medicamentosa para os sintomas relatados.

DIÁRIO DE CAMPO- USF MORUMBI/ CASCAVEL-PR

Data: 06 de junho de 2013

Horário início: 13h:30min Horário término: 16h:30min

Acompanhei o médico da área cinco nas consultas.

A primeira consulta foi com a puérpera e o seu recém-nascido. A consulta iniciou com perguntas a respeito do parto, aleitamento materno e queixas apresentadas pela mãe. A seguir, fez perguntas sobre o recém-nascido.

Ao exame físico: examinou e palpou útero e inspeção da mama direita no qual tinha queixa de fissura. Pediu para mãe despir o bebê, fez o exame físico, reflexos. No momento que avaliava, repassava orientações: cuidados com bico do seio, retirada do excesso de leite, mamadas em livre demanda e agendamento de puericultura na recepção. Foi prescrito tratamento para monilíase oral e para dermatite. No final, a avó demonstrou certa insegurança quanto ao choro do bebê e o médico falou: “o bebê chora mesmo” (não abriu espaço para tirar dúvidas, esclarecimentos, não teve espaço de escuta, conduta foi centrada na queixa e conduta, orientações pontuais, sem estabelecer vínculo com binômio-mãe/filho e serviço de saúde).

Na segunda consulta com criança examinada no período da tarde, a mãe veio com queixa de “fimose” o médico avaliou e encaminhou ao outro profissional sem falar sobre seu diagnóstico, também não examinou outras queixas, somente a queixa apresentada do momento.

Na terceira consulta, com a puérpera e recém-nascido. A consulta foi centrada na queixa e algumas orientações, como: amamentação, prevenção e resolução para cólicas, cuidados com dermatite nas fraldas. Não percebi o estabelecimento de vínculo e as orientações estavam “soltas”.

Quanto à consulta com médico de outra área, o mesmo iniciou a consulta com dados do parto e queixas principais. O médico avaliou a mãe, posteriormente, pediu para avaliar o recém-nascido, levou-o até a maca e tirou suas vestimentas examinando-o para que despertasse, fez exame físico, reflexos, vestiu a criança, pegou no colo e entregou-a à mãe. Ao entregar à mãe o médico pediu à mesma para demonstrar como ela realizava a amamentação, a mãe ao colocar no peito teve muita dor e o médico demonstrou a maneira correta de realizar o aleitamento materno. Foram repassadas orientações e prescrito anticoncepcional oral até a amamentação e deixou bem claro o retorno à unidade sob qualquer problema, sem necessidade de pegar ficha. Em outra consulta acompanhada, em um menino de cinco anos, a queixa principal foi de edema de pênis (balanopostite), o médico avaliou, fez exame físico, gráfico de peso e estatura no cartão da criança e ressaltou quanto às vacinas, além do mais orientou à mãe sobre o problema e devidas orientações e tratamento.

Foi possível perceber diferença na conduta dos médicos da ESF. O cuidado de um médico ficou pautado em tecnologias leve-duras e duras, quanto ao outro priorizou condutas que estabelecem vínculo da mãe e seu filho com a unidade de saúde, passou segurança ao falar que a qualquer problema poderia procurar a unidade, deixando as mães mais à vontade para possíveis queixas e dúvidas.

DIÁRIO DE CAMPO- USF MORUMBI/ CASCAVEL-PR

Data: 11 de junho de 2013

Horário início: 14h:00min Horário término: 16h:30min

Chegada na unidade, havia duas crianças no saguão aguardando por vacinas acompanhadas de seus familiares. O médico da área cinco não estava no período por estar participando de curso na prefeitura. O outro médico da área 31 estava consultando pacientes hipertensos agendados. Neste período, as crianças que se dirigiram à unidade, foram para realizar vacinas, permanecendo por um tempo na fila, as mães com algumas no colo e outras aguardando sentadas no saguão. Assim, que chegavam na vez, a técnica de enfermagem pegava o cartão da criança, conferia as vacinas, pegava o cartão correspondente no fichário da criança, fazia anotação no mesmo e no relatório mensal da vigilância epidemiológica, pegava o imunobiológico preparava e aplicava na criança com o auxílio da mãe e/ou cuidadora.

O processo de trabalho da equipe pauta-se em papéis, preenchimentos de relatórios, todas as ações realizadas na unidade necessitam de registro em papéis.

Não percebo integração entre a equipe, cada membro permanece na sua sala e/ou setor exercendo suas atividades e preenchendo seus papéis. O único momento que presenciei a execução de um trabalho conjunto, foi quando a enfermeira chamou o médico para olhar uma criança no qual teve dúvida a respeito do valor de seu perímetro cefálico, o médico avaliou deu seu parecer e prontamente retirou-se da sala da enfermeira, e ela deu continuidade ao seu trabalho com outras observações. Tal fato denotou que a equipe de ESF observada não direciona seu trabalho em equipe com integração de conhecimentos e saberes, os conhecimentos e cuidados aplicados são sobrepostos e a ênfase se dá em cada um na sua área.

DIÁRIO DE CAMPO- USF MORUMBI/ CASCAVEL-PR

Data: 12 de junho de 2013

Horário início: 13h:45min Horário término: 16h:20min

Nesta tarde de quarta-feira a mesma permanece fechada (todas as quartas-feiras) para reunião interna da equipe, e nesta data a reunião foi o preenchimento do formulário do PMAQ – auto-avaliação da equipe. Um dos médicos lia o questionário e a equipe respondia com uma nota que correspondia de zero a 10. De modo geral, as pontuações dadas pela equipe oscilaram em vários aspectos, indo de valores de três, quatro para até nove, 10. Alguns membros estavam mais participativos na avaliação, outros estavam dispersos. E determinadas questões, a reação da equipe era de deboche e incômodo por não estarem realizando ou talvez até nem entendendo do que se tratava no questionário. Muitos reagem surpresos com as perguntas, houve algumas discordâncias quanto aos valores atribuídos das notas, uns queriam maior, outros achavam que deveriam ser menores pela equipe não desempenhar com tanta eficiência determinados itens.

Em um dado momento, a equipe passou a discutir as notas baixas e atribuíram tais notas e as condições em que se inseriam pelos seguintes motivos: infra-estrutura inadequada, equipe desfalcada e incompleta, aumento da população, além da área de abrangência da equipe, em torno de oito mil habitantes para cada equipe. O que se percebe é um desgaste da equipe, todos desmotivados por não dar conta do serviço e da demanda existente que é maior que a preconizada. Foram citadas inúmeras denúncias realizadas pelo serviço 156 em que o usuário telefona para fazer reclamações dos serviços de saúde do município, é feito um relato formal pelo atendente e enviado para os coordenadores da unidade responder e justificar-se pelo ocorrido.

A reunião com a equipe durou cerca de uma hora e meia, ao terminar alguns se reuniram e outros retornaram para suas salas, as servidoras da odontologia retornaram à clínica ao lado.

Nota-se que muitos da equipe sentem-se impotentes com a situação, com as dificuldades enfrentadas no cotidiano do trabalho.

DIÁRIO DE CAMPO- USF MORUMBI/ CASCAVEL-PR

Data: 13 de junho de 2013

Horário início: 14h:00min Horário término: 16h:30min

Chegada na unidade, havia falta de funcionários, o enfermeiro encontrava-se na pré-consulta verificando pressão arterial, peso, temperatura e havia mães com crianças aguardando pela puericultura do enfermeiro que, por falta de funcionário tinha que ficar na pré-consulta juntamente com uma ACS que anotava as informações no relatório e no prontuário, bem como ia pesar os bebês na sala do enfermeiro porque não há balança pediátrica na sala de pré-consulta. A unidade estava tumultuada, muitas pessoas aguardando para retirar medicamentos, tomar vacina, consultar, fazer inalação e poucos funcionários para dar conta de todas as atividades, a prioridade do enfermeiro era a pré consulta porque sem essa o médico não poderia consultar o paciente. Nesse momento de tumulto e correria, o enfermeiro me solicitou para auxiliar na pré-consulta, pesando as crianças na sala dele. Percebi que o cotidiano da equipe fica no atendimento da demanda que ali chega todos os dias, fazendo com que cada um realize seu trabalho para dar “conta” dele, e muitas vezes esquecem que são vidas, pessoas que possuem suas necessidades de saúde que procuram a unidade para serem sanadas, e o que recebem é um atendimento rápido, pontual, fragmentado...

Em outro momento, chegou uma criança com vômitos intensos na unidade, o médico avaliou e prescreveu medicamento injetável na mesma. A técnica de enfermagem levou a criança na sala apropriada, prepararam o medicamento, porém no momento de infundir não conseguiram por não “achar” acesso venoso na criança, fizeram tentativas sucessivas, sem êxito, três profissionais tentaram e não conseguiram, avisaram o médico e a criança foi liberada sem realizar o medicamento injetável, apenas com medicamentos via oral.

Nesta tarde percebeu-se mais uma vez tensão geral de todos da equipe, por desfalque de funcionários, descaso da gestão municipal e o comentário da enfermeira é que não via a hora de sair de férias (1º ano de férias dela) para estudar para um concurso que não se refere a sua formação.

Neste tumulto, o que foi presenciado é o preparo de uma inalação pelo médico da área 31 para administrar em uma criança, ele que preparou e pegou os acessórios, instalou na criança.

DIÁRIO DE CAMPO- USF MORUMBI/ CASCAVEL-PR

Data: 18 de junho de 2013

Horário início: 13h:40min Horário término: 15h:50min

Chegada na unidade, o médico da área 5 havia saído para realizar visitas domiciliares e o enfermeiro não estava, havia ido à prefeitura em uma reunião, a enfermeira da outra área havia passado mal e foi embora.

Nesta tarde, pode-se dizer que estava “tranquilo” o médico da área 31 consultava hipertensos pré-agendados, as crianças que se dirigiram à unidade foram para serem vacinadas e sua permanência na unidade deu-se somente para o procedimento de vacina, em que as mesmas aguardavam no saguão, eram chamadas por ordem de chegada, tinham seus cartões avaliados, imediatamente anotados nos cartões, na folha mensal de controle na ficha, orientações de saúde repassadas somente referiam-se sobre cuidados com o local de aplicação da vacina.

DIÁRIO DE CAMPO- USF MORUMBI/ CASCAVEL-PR

Data: 20 de junho de 2013

Horário início: 13h:30min Horário término: 16h:30min

Ao chegar na unidade, crianças e seus acompanhantes aguardavam no saguão para vacina e algumas para puericultura. A equipe, no momento, estava bem ocupada, todos em seus setores atendendo as pessoas ou fazendo procedimentos: os enfermeiros em suas salas fazendo trabalhos burocráticos, os técnicos de enfermagem na pré-consulta, sala de vacinas e procedimentos, os médicos em seus respectivos consultórios, as ACS algumas em visita domiciliar, outras na sala. Depois de cerca de 20 minutos, o enfermeiro chamou a criança para a puericultura. Iniciou a mesma verificando as medidas antropométricas, de peso, altura e perímetros, após a medida de tais parâmetros, o mesmo sentou-se e sem dizer nada, de cabeça baixa e passou a anotar em quatro locais: no cartão da criança, no relatório de produtividade, no relatório do SISVAN e no prontuário. A mãe ficou parada aguardando e o mesmo só falou que poderia vestir a criança. Quando acabou de anotar olhou as vacinas no cartão e disse à mãe as próximas vacinas e que estava tudo bem com a criança, que era para agendar na recepção a outra puericultura para o próximo mês. A seguir, outra criança com seis meses entrou para fazer puericultura, o enfermeiro cumprimentou e pediu à mãe que tirasse a roupa da criança, enquanto isso ficou olhando os papeis, pediu à mãe para colocar a criança na balança e mediu, a seguir, pediu para deita-la e mediu altura e perímetros com a fita métrica. Sem falar nada, sentou na cadeira e começou a fazer anotações, repetindo a sequência da puericultura da criança anterior - medidas antropométricas- anotações.

Percebe-se que as ações são fragmentadas na divisão do trabalho em que cada profissional responsabiliza-se por um procedimento, a criança também é dividida na unidade de saúde da família, se ela está lá para consulta médica, para puericultura ou para vacina é somente para isso e não se aproveita o momento de “enxerga-la” como um ser integral, planejando ações que a envolvam como um todo.

Percebo pelas mães que a unidade de saúde é referência para quando suas crianças adoecem e não para a promoção e prevenção da saúde e muitas outras atividades que envolvem a abordagem às crianças.

O encaminhamento da puericultura da enfermeira da área 31 mostra-se um pouco divergente do outro enfermeiro. Ela solicita à mãe para explicar de que forma realiza os cuidados, explica como o cuidado é feito e nem sempre abre espaço para dúvidas e perguntas, porém, corrige de forma enfática quando a mãe fala responde algum cuidado que não está sendo feito de forma ideal.

Na clínica de odontologia os atendimentos da tarde havia acabado e as odontólogas, técnicas e auxiliares de saúde bucal estavam em uma sala, conversando. Em nenhum momento das minhas observações percebi interação da equipe que fica na unidade de saúde com o pessoal da clínica odontológica, aparenta que são equipes distintas e mais uma vez aponta que o trabalho é dividido assim como a percepção do ser integral.

DIÁRIO DE CAMPO- USF MORUMBI/ CASCAVEL-PR

Data: 21 de junho de 2013

Horário início: 10h:00min Horário término: 12h:30min

Chegada pela manhã na unidade, havia pacientes na fila para agendar consulta para semana que vem. Outros pacientes aguardavam para ser atendidos e consultados pelos médicos, chovia muito neste dia e muitos se abrigavam da chuva, encolhidos, pois a recepção da unidade não comporta todas as pessoas que aguardam por atendimento.

Observo que o acesso aos serviços de saúde na unidade é dificultado, barrado.

Observo que o trabalho é dividido, não se integram entre equipes, o médico da área 31 apresenta-se mais participativo, atuante, integrado. O processo de trabalho dessa equipe permanece centrado na doença, no profissional médico, procedimentos, medicamentos.

Há um esquecimento por parte da gestão devido não atender as solicitações da equipe para completar a equipe de profissionais, não enviar materiais necessários para atender a população, o que relata as odontólogas que ficam sabendo que em outras clínicas muitas vezes tem o material necessário e na unidade observada não enviam.

Na verdade, a equipe está desmotivada, são muitos problemas e descaso, escuta-se frequentemente reclamações de descaso, vontade de se aposentar, de se transferir, de não ser mais profissional de saúde, isso demonstra tal desmotivação ocasionada pelos fatores decorrentes do trabalho: falta de infraestrutura, apoio, equipes formadas, território definido e delimitado (a demanda é maior que aquela prevista no programa, em torno de 8mil pessoas são atendidas por cada equipe, o correto é de até 4.500).

DIÁRIO DE CAMPO- UBS PARQUE SÃO PAULO/ CASCAVEL-PR

Data: 15 de julho de 2013

Horário início: 14h:40min Horário término: 15h:50min

A UBS nova há mais ou menos seis anos aparentemente estava tranquila sem atendimento médico, a enfermeira fazia puericultura, e estava atendendo uma criança, uma mãe com sua criança estava aguardando para ser atendida no corredor da unidade.

A sala de imunização estava aberta, com uma técnica de enfermagem realizando imunização. Fiquei aguardando a enfermeira, assim que ela me atendeu, expliquei os objetivos, metodologia e duração da pesquisa e da coleta de dados. Entreguei uma cópia da autorização do campo de pesquisa e da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Fui bem recebida, aparentemente, o pessoal que trabalha na UBS é tranquilo alguns demonstram conhecer os usuários pelo diálogo estabelecido com eles nos corredores. O movimento de pessoas/usuários na UBS estava baixo, acredito que devido a UBS estar funcionando no período da tarde, há cerca de três semanas, anterior a isso, desde janeiro de 2013 foi determinado o fechamento das UBS do município no período da tarde, abrindo somente pela manhã e fechando às 13 horas.

A primeira impressão que dá ao chegar é que é um ambiente receptivo e acolhedor onde os usuários sentem-se acolhidos e à vontade, onde os profissionais conversam e dialogam com a população, tendo um contato efetivo.

DIÁRIO DE CAMPO- UBS PARQUE SÃO PAULO/ CASCAVEL-PR

Data: 16 de julho de 2013

Horário início: 7h:40min Horário término: 12h:00min

Iniciou a manhã com puericultura com a enfermeira. Uma criança de cinco meses chegou, percebi que a enfermeira já sabia o nome da criança, iniciou a consulta perguntando sobre a alimentação, a enfermeira pedia para mãe contar como a criança se alimenta, assim abre um espaço de diálogo e troca de saberes. Após, iniciou o exame físico na seguinte ordem: ausculta cardiopulmonar, palpação abdominal, medida dos perímetros, inspeção das vias orais, genitália externa, fontanelas, amígdalas, linfonodos axilares e inguinais, medida de estatura e por último o peso. Durante o tempo que a mãe vestia a criança, a enfermeira foi conversando com a mãe e anotando no prontuário, tirando dúvidas, a puericultura durou cerca de 30min. Foi feita uma avaliação das últimas medidas de peso, a mãe estava em dúvida e preocupada com o ganho de peso, a enfermeira mostrou o cartão da criança com a curva de crescimento e desenvolvimento. Ainda, no final, questionou se a mãe havia compreendido sobre a alimentação a ser ofertada, os horários, e encaminhou a criança ao pediatra.

Na segunda puericultura atendida, seguiu a ordem do exame físico indicada para recém-nascido. Ao examinar o bebê foi o tempo todo conversando com a mãe, interagindo, explicando, reforçando a importância do aleitamento materno exclusivo, perguntou se a criança tinha cólicas e explicou sobre as próximas vacinas. Preencheu o cartão da criança e mostrou à mãe a curva de crescimento e desenvolvimento e como o bebê será acompanhado por meio daquela curva, a puericultura durou cerca de 30 minutos.

3º puericultura: criança com três meses, a enfermeira pede para tirar a roupa grossa, realizou o exame físico, havia um “chiado”, a mãe falou que deu xarope fitoterápico por sete dias e não adiantou, recomendou levar no pronto-atendimento pediátrico ainda hoje, pois na UBS não tinha mais ficha pediátrica neste dia, porém, a criança foi sem encaminhamento da UBS, por conta da mãe- (longitudinalidade?). A mãe achou que a UPA pediátrica não estava mais atendendo devido problema em outros setores, o que demonstra o cuidado fragmentado, não organizado em redes de atenção, em que tanto os indivíduos trabalhadores de saúde quanto os próprios usuários não sabem onde devem ir à procura de atendimento. A todo instante a enfermeira realiza puericultura vai conversando com a mãe tirando dúvidas, faz perguntas sobre o convívio familiar e o papel da criança nesta família (Como esta em casa? Você estimula ele?).

Estrutura física da sala de enfermagem: sala pouca espaçosa, com mesa de escritório, balança antropométrica, fita métrica, régua de madeira, estetoscópio, otoscópio, lanterna, termômetro, álcool 70%, caixa com material didático. Os recursos humanos disponíveis na unidade: três técnicas de enfermagem pela manhã, três à tarde, uma enfermeira, uma assistente social, uma coordenadora da unidade, três odontólogos que se revezam nos horários, duas zeladoras, um ginecologista, quatro recepcionistas, dois atendentes de farmácia, três clínicos geral com revezamento de horário e um pediatra.

DIÁRIO DE CAMPO- UBS PARQUE SÃO PAULO/ CASCAVEL-PR

Data: 17 de julho de 2013

Horário início: 13h:50min Horário término: 17h:00min

Nesse dia busquei informações sobre a questão sobre as consultas médicas com o pediatra, o agendamento ocorre em casos específicos se o pediatra solicita retorno ou a enfermeira agenda quando achar necessário no momento da puericultura, o restante das vagas são disponibilizadas diariamente por meio de fichas na ordem de chegada. As mães são orientadas a chegarem das sete horas às sete horas e trinta minutos, antes disso não há necessidade, pois muitas vezes sobra ficha no dia, não necessitando aguardar desde madrugada na fila como acontece para clínico geral. Porém, muitas mães ainda vão cedo como garantia de vaga, segundo as recepcionistas, os próprios pacientes já fazem a contagem e se autonumeram no número de fichas, geralmente para pediatra são disponibilizadas 20 consultas/dia.

Essa UBS cobre 17 micro-áreas da região abrangendo o bairro Maria Luiza e uma parte da região do lago, totalizando em torno de 26 mil pessoas na área de abrangência.

A recepção está organizada da seguinte forma: com um balcão, dois computadores e quatro recepcionistas que revezam os horários das sete às 19 horas.

Os usuários chegam ao balcão solicitando informações, as recepcionistas repassam os pacientes à enfermeira ou encaminham para os respectivos setores: curativos, vacina. Os prontuários seguem o modelo tradicional de papel, os mesmos estão organizados e armazenados por sexo (feminino e masculino), infantil feminino, infantil masculino, saúde mental e acamados, gestantes e prontuários de protocolo de medicamentos específicos.

Devido o número reduzido de profissionais e diferença de escala de horário, todos os dias as ACS auxiliam o trabalho na recepção, fazem os encaminhamentos das especialidades. Existe um sistema de informática para registro das liberações das especialidades, da quantidade de consultas médicas, da puericultura e dos atendimentos da assistente social, porém o atendimento das consultas médicas, puericultura, ainda permanecem em prontuários de papel.

Estrutura física: a construção da unidade tem em torno de cinco a seis anos, é espaçosa, apresentável, composta pelos seguintes setores: recepção com cadeiras, farmácia, sala assistente social, quatro consultórios, banheiros para acesso de portadores de necessidades especiais, sala de curativos, sala coordenação geral, sala de reuniões, sala de preparo pacientes (pré-consulta), sala de procedimentos, sala de injetáveis, sala de escovação, sala de inalação, sala de coleta de exames laboratoriais, dois consultórios odontológicos, sala de vacina, sala de enfermagem, expurgo, vestiário, central de material esterilizado, banheiro dos funcionários, almoxarifado, copa, lavanderia.

DIÁRIO DE CAMPO- UBS PARQUE SÃO PAULO/ CASCAVEL-PR

Data: 18 de julho de 2013

Horário início: 07h:45min Horário término: 11h:45min

Início da manhã havia pessoas aguardando no saguão, algumas delas aguardavam de pé para o lado de fora.

Segundo a recepcionista, são raras as vezes que alguma criança veio e não conseguiu consulta para o mesmo dia. As fichas são disponibilizadas a partir das sete horas da manhã e mais ou menos até às oito horas elas terminam, muitas vezes ao abrir a unidade e entregar a ficha, já estão preenchidas todas disponíveis, muitas dessas mães vão embora e procuram outras unidades para atendimento.

Na recepção, antes das oito horas são as ACS que recebem e fazem o serviço da recepção, percebe-se que é bem corrido, para dar conta de tal serviço: atender pacientes, pegar prontuários, marcar especialidades, atender telefone e repassar informações requisitadas pelos usuários.

Segundo a recepção, quando não tem fichas ou o pediatra está de férias, é entrado em contato em outra unidade para tentar uma vaga. Em determinados casos, se acabam as fichas da manhã e a criança não estiver bem, a recepção pede e “negocia” com o pediatra para consultar neste dia e no outro dia diminui uma ficha. Segundo a recepcionista, em muitos dias há sobra de três a quatro fichas.

Pré-consulta: as técnicas de enfermagem não possuem uma escala fixa de atividades elas se revezam, devido mudanças ocasionadas pelo fechamento das unidades básicas no período vespertino, diminuíram o número de profissionais e ainda não sabem como ficarão se irão permanecer na unidade, se serão transferidos ou se virão novos profissionais.

No atendimento à criança, na pré-consulta se verifica: peso e altura, a temperatura só se a criança tiver queixa, as técnicas acontecem de maneira rápida, a atividade caracteriza-se por ser individualizada e rotineira.

Odonto: são disponibilizados número de fichas no primeiro dia útil do mês, a partir das sete horas.

No final da manhã percebi que o movimento na UBS é menor, as pessoas vêm para retirar medicamentos, verificar pressão arterial e fazer curativos. Não observou-se muitas crianças neste período.

DIÁRIO DE CAMPO- UBS PARQUE SÃO PAULO/ CASCAVEL-PR

Data: 19 de julho de 2013

Horário início: 08h:00min Horário término: 11h:00min

Cheguei à unidade, as mães e crianças na recepção aguardavam por consulta médica, havia 18 fichas disponíveis, 02 estavam pré agendadas, dessas, uma criança veio de outra UBS para consultar.

Nesta manhã, acompanhei as consultas médicas com o pediatra da unidade.

Houve as mais variadas queixas e tipos de problemas, algumas crianças com suas mães estavam consultando por questões simples, como mostrar exames.

No decorrer da manhã apareceram as seguintes queixas: dermatites, parasitoses, tosse, febre, dor de garganta, rinite alérgica, atraso de crescimento, obesidade infantil, bronquite, otite de repetição. A faixa etária variou, sendo mais comum de um a dois anos de idade, mas também, pré-adolescentes entre 10 a 12 anos.

O profissional inicia a consulta abordando a queixa e muitas mães já entram no consultório contando o que o filho vem apresentando, ele olha as anotações anteriores do prontuário e faz perguntas relacionadas sobre estas anotações. Em determinados casos em que a criança apresenta alteração da consulta, o médico solicita inalação para o momento e depois faz uma reavaliação, se há melhora libera a criança, se não, encaminha para o pronto-atendimento pediátrico, solicitando raio-x para esclarecer melhor o achado.

Quase em todos os atendimentos, no final avalia o cartão da criança a respeito das vacinas e faz cálculo do crescimento e desenvolvimento, conforme peso e idade apresentados.

Em algumas crianças atendidas percebi que havia um vínculo estabelecido entre mãe, pediatra e criança, o mesmo, conhecia o paciente pelo nome e a mãe passava a impressão de sentir confiança no profissional.

A média de duração das consultas foi em torno de 12 minutos, ao terminar sempre se despediam e a impressão é que as mães, de certa forma, saíam satisfeitas com o atendimento prestado.

A conduta do médico centrou-se no tratamento farmacológico, pedido de exames laboratoriais e orientações acerca de prevenção das doenças, foi estabelecido diálogo e momentos para tirar as dúvidas e esclarecimentos, com posturas próximas ao estabelecimento de vínculo.

DIÁRIO DE CAMPO- UBS PARQUE SÃO PAULO/ CASCAVEL-PR

Data: 22 de julho de 2013

Horário início: 08h:00min Horário término: 11h:15min

A demanda que observei varia. Grande parte vem com alguma queixa de doença, muitos vêm trazer exames ou também renovar receita de medicamentos especiais. Ao chegar na recepção, a mãe pergunta sobre as fichas, as recepcionistas anotam o nome da criança na planilha na ordem de chegada correspondente ao número da ficha, se não tiver mais ficha, em alguns casos, passam para a enfermeira ou ligam em outra UBS para tentar ficha com pediatra.

Na puericultura com o enfermeiro se aborda prevenção de doenças e agravos para a idade. Dá a impressão que as mães compreendem o objetivo de se realizar a puericultura dos seus filhos, levando-os todos os meses para a unidade, tirando as dúvidas sobre alimentação, vacinas, ganho de peso, cuidado com as fraldas, essas são as questões mais abordadas pelas mães no momento do encontro.

A estrutura física comporta a demanda necessária, existem espaços e cadeiras tanto na recepção e nos corredores dos consultórios para os pacientes ficarem acomodados.

Observei que muitas crianças atendidas na sala de vacina, na puericultura e no consultório médico com o pediatra são conhecidas pela equipe da UBS, existe vínculo estabelecido entre o profissional-usuário (mães mais crianças), pois demonstra simpatia, recepção, acolhimento. Mesmo aquelas crianças de outros bairros e UBS atendidos nesta unidade, são acolhidos e tratados da mesma forma, dado os mesmos encaminhamentos e retorno, a barreira geográfica não impede de estabelecer vínculo, acolhimento e cuidado em saúde para as crianças e seus acompanhantes.

DIÁRIO DE CAMPO- UBS PARQUE SÃO PAULO/ CASCAVEL-PR

Data: 23 de julho de 2013

Horário início: 13h:30min Horário término: 16h:30min

Acompanhei as imunizações realizadas na sala de vacinas, estava calmo o movimento na unidade, provavelmente pelo frio intenso que fazia neste dia.

As mães com as crianças aguardavam no corredor tranquilamente, a técnica de enfermagem responsável pela vacinação neste dia, chamava a mãe/criança, fechava a porta e averiguava o cartão da criança.

No momento da realização da vacina, vão perguntando e conversando com as mães como está a criança, se não deu febre ou gripe, no final, são repassadas orientações sobre possíveis reações (dor, febre, rubor) e as próximas vacinas, bem como orientações pós-vacinais.

O trabalho da equipe acaba por ser fragmentado, dividido, cada profissional exerce suas tarefas de forma isolada de acordo com seus saberes e conhecimentos, sem complementaridade e integração no cuidado prestado à criança e sem considerá-la como um ser social que convive em um contexto sócio-cultural-familiar.

DIÁRIO DE CAMPO- UBS PARQUE SÃO PAULO/ CASCAVEL-PR

Data: 24 de julho de 2013

Horário início: 7h:45min Horário término: 11h:30min

Chegando à UBS, poucos usuários aguardando na recepção para consulta com clínico geral, e na abertura da unidade não havia ninguém em busca de ficha para pediatra, provável frio intenso que tem feito nesses últimos dias. Porém, o profissional pediatra permanece fechado no consultório médico a disposição dos atendimentos na UBS.

No fechamento do período matutino, quatro crianças dirigiram-se à unidade para ser consultadas com o pediatra e naquela manhã sobraram 16 fichas.

Foi perguntado para a enfermeira sobre as seguintes atividades em relação às crianças: Em relação a ações coletivas realizadas na UBS, foi mencionado que a assistente social, a enfermeira e os odontólogos, fizeram um dia de educação em saúde na escola do bairro, à pedido da diretora da escola, para a primeira à quinta série do ensino fundamental, com crianças de até 11 anos de idade, no qual foi abordado os seguintes assuntos: higiene bucal e corporal, prevenção de gripe, de piolho. Isso aconteceu em um dia para essas turmas, depois não ocorreu mais nenhuma atividade coletiva voltada para este grupo.

A enfermeira, também, mencionou que no início de 2013 foi elaborado um projeto de prevenção para os adolescentes, em que a equipe iria na escola e captar os adolescentes para a UBS e lá realizariam ações de prevenção e promoção de saúde adequadas para a idade, porém, com a medida de fechamento das UBS por meio período de funcionamento, tal projeto foi deixado de lado e priorizado as atividades “essenciais” da unidade.

DIÁRIO DE CAMPO- UBS PARQUE SÃO PAULO/ CASCAVEL-PR

Data: 25 de julho de 2013

Horário início: 14h:00min Horário término: 18h:00min

Nesta tarde, as pessoas aguardavam na recepção para consulta com o clínico geral, os profissionais organizavam os seus setores, com reposição de materiais, organização, limpeza e preenchimento de relatórios que são exigidos em todo final de mês.

Uma técnica de enfermagem fazia vacinas e poucas crianças compareceram na UBS no período, o tempo estava muito frio.

Estive um tempo na recepção e uma mãe veio com uma criança de mais ou menos dois meses do Pronto Atendimento Continuado – PAC para pegar remédio. A farmácia da unidade estava fechada devido o servidor responsável estar de atestado médico. Perguntei à mãe o motivo de levar ao PAC se tem pediatra na UBS todos os dias pela manhã a mãe achou que não tinha médico na UBS, devido fechamento e mudanças ocorridas neste último semestre e por este motivo levou ao PAC.

Quando há mudanças na organização do trabalho de APS a população fica perdida, não sabe aonde recorrer quando da sua necessidade de saúde, acaba por congestionar o serviço secundário e terciário por muitas questões que seriam resolvidas a nível de APS, neste sentido, muitas vezes, a gestão com intuito de diminuir custos com cortes no horário de atendimento na APS, acaba por elevar tais custos, pois a população uma vez não sendo atendida nas unidades migrarão para outros níveis, muito deles, não procuram serviço de saúde, a situação se agrava – pois poderia ter corrigido o problema na APS e a criança chega a ser hospitalizada em condições mais sérias de saúde, aumentando assim os níveis de morbimortalidade, por diminuir a oferta dos serviços na APS.

DIÁRIO DE CAMPO- UBS PARQUE SÃO PAULO/ CASCAVEL-PR

Data: 26 de julho de 2013

Horário início: 7h:45min Horário término: 11h:30min

Nesta manhã, poucas crianças vieram à procura de pediatra e até o final da manhã havia sobrado 19 fichas.

Na pré-consulta, a técnica de enfermagem anota idade e peso da criança, a altura não está sendo verificada porque a régua da balança está quebrada.

As consultas duraram cerca de 10 a 15min, e iniciou com a queixa relatada, em seguida fez os encaminhamentos, priorizando aspectos do exame físico relacionados à queixa apresentada. No final, prescreveu medicamentos e fez os devidos encaminhamentos para outras especialidades, laboratório, pronto-atendimento.

Ao questionar sobre possíveis ocorrências que necessitam de intervenção imediata, o profissional pediatra falou que são poucos casos que deixa em observação a criança e tenta resolver na UBS, sua primeira opção é encaminhar ao pronto-atendimento pediátrico, segundo ele, os motivos seriam a falta de estrutura (não há sala de observação pediátrica), falta de recursos humanos (o pessoal de enfermagem não tem condições de acompanhar e observar essa criança diretamente), por este motivo, prefere encaminhar ao atendimento secundário. Também mencionou que a população já esta acostumada a procurar diretamente o pronto-atendimento, não procurando a UBS como primeira escolha, o que contrapõe a ideia de APS como porta de entrada preferencial do sistema de saúde.

DIÁRIO DE CAMPO- UBS PARQUE SÃO PAULO/ CASCAVEL-PR

Data: 29 de julho de 2013

Horário início: 13h:40min Horário término: 17h:30min

Na recepção, as recepcionistas organizam prontuários colocando-os em ordem, na sala de vacina uma técnica de enfermagem revisa os cartões de vacina em atraso.

O processo de trabalho se dá de forma sistemática, individual e fragmentada, dividido por setores, salas e funções, cada profissional foca na sua atribuição, os saberes e conhecimentos dificilmente são divididos e os casos pouco discutidos em equipe, assim a criança é dividida em sistemas e órgãos.

Nesta tarde não tem médico realizando consultas, a UBS está vazia e algumas crianças com seus acompanhantes chegam para vacinas.

Na sala de inalação fica o material de emergência, foi observado que na caixa de emergência possui tais materiais infantis: ambú, lâmina e laringoscópio, tubo oro traqueal (nº 3.5, 4.0, 4.5 e 5.0), também tem sondas compatíveis com a faixa etária infantil e cateteres venosos de calibre adequado, a caixa de medicamentos está devidamente lacrada. Os materiais encontram-se bem organizados e dispostos de forma ordenada para os profissionais, caso necessitem.

DIÁRIO DE CAMPO- UBS PARQUE SÃO PAULO/ CASCAVEL-PR

Data: 30 de julho de 2013

Horário início: 13h:40min Horário término: 17h:30min

Nesta manhã o pediatra não atendeu na unidade pois estava de atestado médico, em torno de seis acompanhantes de crianças, vieram em busca de atendimento com esse profissional e a recepção avisou de sua ausência.

Ao acompanhar a puericultura com a enfermeira, percebi que todas as vezes existem crianças de outros bairros que agendam e vem fazer puericultura nesta unidade, ao questionar o motivo, alegaram que devido a abertura apenas de meio período das outras unidades no município, os enfermeiros dessas unidades deixam de fazer a puericultura, pois as salas estão sendo utilizadas por outros profissionais, provavelmente pelos médicos. Por este motivo, a agenda da enfermeira desta unidade está sobrecarregada, sendo necessário atender quatro períodos em uma semana, duas manhãs e duas tardes, para dar conta das crianças que comparecem para realizar esse acompanhamento. O que se reflete nesse momento é que ao atender essas crianças de outros bairros subentende-se que são crianças em que as mães procuraram essa unidade e tiveram interesse em fazer a puericultura, por conta delas e não do sistema de saúde, e aquelas crianças desses bairros que não procuram a unidade, estão, muitas vezes, em condições impróprias, adoecidas, com risco social e biológico elevado, num sistema de saúde em que há cortes de oferta de serviços na APS, provavelmente refletirá em aumento de níveis de mortalidade e morbidade infantil, as crianças adoecerão mais por questões preveníveis, o que causa certa inquietação quanto à decisão do gestor.

DIÁRIO DE CAMPO- UBS PARQUE SÃO PAULO/ CASCAVEL-PR

Data: 31 de julho de 2013

Horário início: 13h:40min Horário término: 17h:00min

Na recepção, os usuários aguardam por consulta médica com clínico geral, o ambiente é calmo, tranquilo, há conversa e diálogo entre os usuários e entre esses e os profissionais. Não se percebe tensão e descontentamento com os profissionais e com o serviço.

Ainda as UBS do município permanecem fechadas no período da tarde, segundo a enfermeira, esta UBS passou a ser reaberta a tarde devido à pressão popular dos moradores exercida com a gestão para a abertura da unidade, concluindo que retrata uma população participativa com a qualidade dos serviços de saúde prestados à comunidade.

A maioria dos usuários que frequentam a unidade neste período, vêm em busca de medicamentos, porém a farmácia estava fechada nesse período e ninguém abriu porque ninguém está apto e capacitado para entregar medicamento. O servidor responsável não veio e por este motivo o setor permanece fechado, deixando de fornecer os medicamentos necessários à população.

As ações desenvolvidas pelas técnicas de enfermagem na UBS concentram-se: pré-consulta, instalação de nebulização, curativos, de aplicação de injetáveis, imunizações, coleta de exames laboratoriais. As ações da enfermeira: puericultura. O pediatra concentra-se na queixa iniciada com sua verbalização, seguido de exame físico e no final, conduta, que geralmente refere-se ao tratamento medicamentoso.

A finalidade do trabalho na UBS em relação à saúde da criança é recuperar sua saúde nos aspectos individuais, centrados no saber de cada profissional em ações isoladas e não compartilhadas.

Na puericultura, a enfermeira direciona um olhar ampliado para um contexto familiar e social no qual a criança está envolvida, porém, suas orientações concentram-se no crescimento e desenvolvimento, alimentação e importância da vacinação.

Na recepção, ao receberem pais ou acompanhantes com crianças, o direcionamento das ações se dá conforme a dúvida, ou a queixa, se for de vacina falam para chegar na sala de vacina, se precisar falar com enfermeira explicam o caminho da sala de enfermagem, não acolhem as crianças na sua integralidade.

O trabalho das ACS não é definido e exclusivo, pois auxiliam na recepção, nos encaminhamentos das especialidades, pela área de abrangência da unidade compreender 17 micro-áreas e só tem três ACS atuando, permanecem 14 micro-áreas sem cobertura, ou seja, sem cadastro e acompanhamento dessas famílias, sem conhecer seus problemas e auxiliar de forma viável, acolhedora e integral que demanda a APS.

APÊNDICE D - Parecer aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel

ANEXO IV

TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO CAMPO DE ESTUDO

Título do projeto: AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DA CRIANÇA

Pesquisadore(s):

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso – Enfermagem Unioeste/Cascavel;
Cláudia Silveira Viera – Enfermagem Unioeste/Cascavel;
Pallcha Luízar Obregón – Medicina Unioeste/Cascavel
Alunos dos Cursos de Enfermagem e Medicina

Local da pesquisa: Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família e Unidades de Pronto-Atendimento da Secretaria Municipal de Saúde do município de Cascavel, PR.

Responsável pelo local de realização da pesquisa:

Ildemar Marino Canto – Secretário Municipal de Saúde

O(s) pesquisador(es) acima identificado(s) estão autorizados a realizarem a pesquisa e coletar dados, preservando as informações referentes aos sujeitos de pesquisa, divulgando-as exclusivamente para fins científicos apenas anonimamente, respeitando todas as normas da Resolução 196/96 e suas complementares.

Cascavel, 28 de fevereiro de 2012.

Nome(s) e assinatura(s) do(s) responsável pelo campo da pesquisa

MARA LÚCIA RENOSTRO ZACCHI
Diretora de Atenção à Saúde
Secretaria de Saúde

*Revisi
23/02
2012 J. J. J. J.*

ANEXO A - Termo de contratação do projeto de pesquisa multicêntrico junto ao CNPq

Confirmação de Dados Bancários para Emissão de Termos de Concessão

Página 1 de 1



Conselho Nacional de Desenvolvimento

Comprovante do Documento de Contratacao**Beneficiário:**

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso

cpf:46009043034

Processo: 474743/2011-0

Termo de aceitação registrado eletronicamente por meio da internet junto ao CNPq, pelo agente receptor 10.0.0.219(srv202.cnpq.br), mediante uso de senha pessoal do Beneficiário em 26/12/2011 11:26:26, originário do número IP 186.212.4.80

Número de controle: 2120218521202185:1200109379-3020647203

O número de acesso para o termo emitido é: 8625072548332034

Este documento será assinado digitalmente por um representante legal do CNPq e a versão digital assinada esta disponível para verificação de autenticidade no site do CNPq através do endereço <http://efomento.cnpq.br/efomento/termo?numeroAcesso=8625072548332034>

ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Unioeste

**PARECER 044/2012-CEP**

Projeto de Pesquisa, pesquisador responsável: Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná analisou em sessão ordinária do dia 26/04/2012, Ata 02/2012 - CEP, o processo CAAEE n° 01295412.2.1001.0107, referente ao projeto, intitulado "Avaliação da efetividade da atenção primária em saúde da criança".

Assim, em conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde. Deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e/ou a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Cascavel, 26 de Abril de 2012.

ANELINE MARIA RUEDELL

Coordenadora do CEP/Unioeste

ANEXO C – Normas para publicação em revistas científicas

Artigo 1: Normas da REBEN

POLÍTICA EDITORIAL

A Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), órgão oficial de publicação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), tem, como público alvo, profissionais e estudantes de Enfermagem e da Saúde. Sua missão é divulgar a produção científica de diferentes áreas do saber que sejam do interesse da Enfermagem. Recebe a submissão de manuscritos nos idiomas português, inglês e espanhol. Além de seis números regulares por ano, podem ser publicados, eventualmente, números especiais, de acordo com avaliação da pertinência pela Comissão de Publicação ou Conselho Editorial da REBEn, e com a aprovação expressa da Diretoria da ABEn Nacional.

A REBEn adota os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas (*Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*), do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (*International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE*), atualizados em abril de 2010. Esses requisitos, conhecidos como estilo *Vancouver*, estão disponíveis na URL <http://www.icmje.org/urm_main.html>.

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à REBEn, não sendo permitida sua submissão simultânea a outro(s) periódico(s). Quando publicados, passam a ser propriedade da REBEn, sendo vedada a reprodução parcial ou total dos mesmos, em qualquer meio de divulgação, impresso ou eletrônico, sem a autorização prévia do(a) Editor(a) Científico(a) da Revista.

Em se tratando de pesquisa envolvendo seres humanos, e atendendo o disposto na Resolução CNS nº 196/1996, o(s) autor(es) deve(m) mencionar, no texto do manuscrito, o número do protocolo de aprovação do projeto, emitido por Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, Conselho Nacional de Saúde (CONEP-CNS), ou por órgão equivalente, quando tiver sido executada em outro país. Do mesmo modo, deve(m) mencionar no texto a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes da pesquisa.

A REBEn adota a exigência da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) de registro prévio dos ensaios clínicos (estudos experimentais randomizados) em plataforma que atenda os critérios elaborados pelas duas organizações (OMS e ICMJE). O número do registro do ensaio clínico deverá constar em nota de rodapé, na Página de Identificação do manuscrito, aspecto a que se condiciona a publicação.

Conceitos, ideias ou opiniões emitidos nos manuscritos, bem como a procedência e exatidão das citações neles contidas, são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

CATEGORIAS DE MANUSCRITOS

Editorial – Texto opinativo sobre assunto de interesse para o momento histórico, com possível repercussão na prática profissional. Pode conter até **duas (2) páginas**, incluindo referências, quando houver.

Pesquisa – Divulgação de pesquisa original e inédita, cujos resultados corroboram conhecimento disponível na área, ou ampliam o conhecimento da Enfermagem e/ou da Saúde sobre o objeto da investigação. Estão incluídos nesta categoria os ensaios clínicos randomizados. Deve conter um máximo de **quinze (15) páginas**, incluindo resumos e referências.

Revisão – Estudo que reúne, de forma ordenada, resultados de pesquisas a respeito de um tema específico, auxiliando na explicação e compreensão de diferenças encontradas entre estudos primários que investigam a mesma questão, e aprofundando o conhecimento sobre o objeto da investigação. Utiliza métodos sistemáticos e critérios explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente

pesquisas relevantes, e para coletar e analisar dados dos estudos incluídos na revisão. Deve conter um máximo de **vinte (20) páginas**, incluindo resumos e referências.

Reflexão – Formulação discursiva aprofundada, focalizando conceito ou constructo teórico da Enfermagem ou de área afim; ou discussão sobre um tema específico, estabelecendo analogias, apresentando e analisando diferentes pontos de vista, teóricos e/ou práticos. Deve conter um máximo de **dez (10) páginas**, incluindo resumos e referências.

Relato de Experiência – Estudo em que se descreve uma situação da prática (ensino, assistência, pesquisa ou gestão/gerenciamento), as estratégias de intervenção e a avaliação de sua eficácia, de interesse para a atuação profissional. Deve conter um máximo de **dez (10) páginas**, incluindo resumos e referências.

Eventualmente, poderão ser publicados ainda: **Entrevista (máximo de 3 páginas)** com personalidade da Enfermagem e/ou da Saúde; manuscrito de **Autor convidado (máximo de 15 páginas)**, incluindo resumos e referências; **Carta ao Editor (1 página)**; e **Resenha** de obra contemporânea, avaliada como sendo de interesse do público alvo da REBEn (**máximo de 2 páginas**, incluindo referências, se houver).

PREPARO DOS MANUSCRITOS

Aspectos gerais

Os manuscritos de todas as categorias aceitas para submissão à REBEn deverão ser digitados em arquivo do *Microsoft Office Word*, com configuração obrigatória das páginas em papel A4 (210x297mm) e margens de 2 cm em todos os lados, fonte *Times New Roman* tamanho 12, espaçamento de 1,5 pt entre linhas. As páginas devem ser numeradas, consecutivamente, até às Referências. O uso de negrito deve se restringir ao título e subtítulos do manuscrito. O itálico será aplicado somente para destacar termos ou expressões relevantes para o objeto do estudo, ou trechos de depoimentos ou entrevistas. Nas citações de autores, *ipsis litteris*, com até três linhas, usar aspas e inseri-las na sequência normal do texto; naquelas com mais de três linhas, destacá-las em novo parágrafo, sem aspas, fonte *Times New Roman* tamanho 11, espaçamento simples entre linhas e recuo de 3 cm da margem esquerda.

As citações de autores no texto devem ser numeradas de forma consecutiva, na ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Devem ser utilizados números arábicos, entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre o número da citação e a palavra anterior, e antecedendo a pontuação da frase ou parágrafo [Exemplo: cuidado(5),]. Quando se tratar de citações sequenciais, os números serão separados por um traço [Exemplo: cuidado(1-5);]; quando intercaladas, separados por vírgula [Exemplo: cuidado(1,3,5)].

Não devem ser usadas abreviaturas no título e subtítulos do manuscrito. No texto, usar somente abreviações padronizadas. Na primeira citação, a abreviatura é apresentada entre parênteses, e os termos a que corresponde devem precedê-la.

As notas de rodapé deverão ser restritas ao mínimo indispensável, não sendo aceitas notas de fim nos manuscritos. As ilustrações (tabelas, quadros e figuras – fotografias, desenhos, gráficos, etc.), serão numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem em que forem inseridas no texto, não podendo ultrapassar o número de cinco (5). O(s) autor(es) do manuscrito submetido à REBEn deve(m) providenciar a autorização, por escrito, para uso de ilustrações extraídas de trabalhos previamente publicados.

Estrutura do texto

É recomendável que os artigos de **Pesquisa** e de **Revisão** sigam a estrutura convencional: Introdução, Revisão da Literatura, Método, Resultados, Discussão e Conclusões, sendo necessário, às vezes, incluir subtítulos em alguma(s) dessas seções. Os manuscritos de outras categorias podem seguir estrutura diferente. Independentemente da categoria, os manuscritos devem conter, na ordem seguinte:

a) Página de identificação

É a **primeira página** do manuscrito e deverá conter, na ordem apresentada, os seguintes dados: título do artigo (**máximo de 15 palavras**) nos três idiomas (português, inglês e espanhol); nome do(s) autor(es), indicando, em nota de rodapé, título(s) universitário(s), cargo e função ocupados, Instituição a que pertence(m) e à qual o trabalho deve ser atribuído, e endereço eletrônico para troca de correspondência. Se o manuscrito estiver baseado em tese de doutorado, dissertação de mestrado ou monografia de especialização ou de conclusão de curso de graduação, indicar, em nota de rodapé, a autoria, título, categoria (tese de doutorado, etc.), cidade, instituição a que foi apresentada, e ano.

b) Resumo e Descritores

O resumo e os descritores iniciam uma **nova página (a segunda)**. Independente da categoria do manuscrito, o Resumo deverá conter, no **máximo, 150 palavras**. Deve ser escrito com clareza e objetividade, o que, certamente, contribuirá para o interesse do público alvo na leitura do inteiro teor do manuscrito. No resumo deverão estar descritos o objetivo, a metodologia, os principais resultados e as conclusões, bem como os aspectos novos e mais importantes do estudo. O Resumo em português deverá estar acompanhado das versões em inglês (Abstract) e espanhol (Resumen). Logo abaixo de cada resumo, incluir, respectivamente, três (3) a cinco (5) descritores, *key words* e *palabras clave*. Recomenda-se que o(s) autor(es) do manuscrito confirme(m), na página eletrônica da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), se os descritores que selecionou(aram) estão incluídos entre os *Descritores em Ciências da Saúde - DeCS* (<http://decs.bvs.br>).

c) Corpo do texto

O corpo do texto inicia **nova página (a terceira)**, em que não devem constar o título do manuscrito ou o nome do(s) autor(es). O corpo do texto é contínuo. A REBEn não utiliza o sistema de numeração progressiva das diferentes seções que compõem o corpo do texto do manuscrito.

d) Agradecimentos (opcional)

Os agradecimentos, **quando houver**, devem ser colocados antes da lista de referências. O(s) autor(es) deve(m) explicitar, além do(s) nome(s) da(s) pessoa(s), a razão para os agradecimentos. É recomendável que a(s) pessoa(s) seja(m) informada(s) dos agradecimentos que estão sendo feitos a ela(s), e que se obtenha a concordância para inclusão de seu nome nessa seção do manuscrito.

e) Referências

O número de referências no manuscrito deve ser **limitado a vinte (20)**, exceto nos artigos de Revisão. As referências, apresentadas no final do trabalho, devem ser numeradas, consecutivamente, de acordo com a ordem em que foram incluídas no texto; e elaboradas de acordo com o estilo *Vancouver*. Exemplos de referências nesse estilo, elaborados e atualizados pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (*U.S. National Library of Medicine – NLM*), podem ser obtidos na URL <http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>.

PROCESSO DE SUBMISSÃO E AVALIAÇÃO DE MANUSCRITOS

A REBEn adota o sistema eletrônico de submissão e gerenciamento do processo de editoração. Os manuscritos são submetidos por meio da URL

<<http://www.scielo.br/reben/>>, acessando-se o link *Submissão Online*. Ao submeter o manuscrito, o autor responsável pela submissão deverá firmar eletronicamente, em seu nome e, quando houver, no dos coautores, que o manuscrito não está sendo submetido paralelamente a outro periódico e que, caso seja aceito, concorda com a transferência de direitos autorais para a REBEn. Este procedimento elimina a necessidade do envio de cartas de Responsabilidade de Autoria e de Transferência de Direitos Autorais.

A confiança na Comissão de Publicação e no Conselho Editorial, e a credibilidade dos artigos publicados na REBEn dependem, em parte, do modo como possíveis conflitos de interesse são administrados durante os processos de elaboração e submissão do manuscrito, de revisão por pares e de decisão editorial. Há conflito de interesse quando o(s) autor(es) e/ou a Instituição a que pertence(m), o avaliador ou o editor mantêm relações financeiras ou pessoais que influenciam de forma inadequada suas ações. Essas relações são também conhecidas como duplo compromisso, interesses concorrentes ou lealdades concorrentes, e podem ser mínimas, insignificantes, ou com potencial expressivo para influenciar as ações individuais ou grupais.

A REBEn, buscando evitar que conflitos de interesse possam afetar a confiança pública em seu processo de editoração, exige que o(s) autor(es), ao submeter um manuscrito, em qualquer das categorias aceitas para publicação, indique(m) se há, ou não, conflitos de interesse que possam ter influenciado, de forma inadequada, suas ações. O(a) Editor(a) Científico(a) e os Editores Associados da REBEn evitarão indicar revisores externos que possam ter algum conflito de interesse com o(s) autor(es) do manuscrito, a exemplo daqueles que trabalham no mesmo Departamento ou Instituição do(s) autor(es). Por seu turno, os revisores externos, estando cientes de relações financeiras ou pessoais que possam influir sobre suas opiniões sobre o manuscrito, devem abster-se de avaliar aqueles em que haja conflito de interesse evidente.

Para iniciar o processo de submissão o autor responsável pela submissão deverá cadastrar-se previamente no sistema como autor. O sistema é autoexplicativo e, ao concluir o processo, será gerada uma ID para o manuscrito, com código alfanumérico (Exemplo: REBEN-0001). O autor responsável pela submissão, e todos os coautores, quando for o caso, receberão uma mensagem confirmando a submissão e a ID do manuscrito, para que possam acompanhar sua tramitação nas etapas do processo editorial.

Inicialmente, avalia-se o atendimento às normas para preparação de manuscritos; a inclusão do número do registro do ensaio clínico, quando for o caso, em nota de rodapé; o atendimento ao estilo Vancouver na elaboração da lista de referências; a clareza e objetividade do resumo; a inclusão dos descritores entre os *Descritores em Ciências da Saúde – DeCS*; e o potencial do manuscrito para publicação e possível interesse dos leitores.

Quando algum destes aspectos não for considerado satisfatório, o manuscrito é rejeitado, sendo automaticamente arquivado no sistema. Quando avaliado positivamente, o manuscrito é encaminhado para análise por pares (*peer review*), adotando-se a avaliação duplo-cega (*double blind review*), com que se busca garantir o anonimato do(s) autor(es) e dos avaliadores. Os pareceres emitidos pelos avaliadores podem considerar o manuscrito *aceito*, *rejeitado* ou, ainda, que *requer revisões*, seja de forma ou de conteúdo. Os pareceres emitidos pelos avaliadores são apreciados pelo(a) Editor(a) Científico(a), e um parecer final é, então, enviado para o(s) autor(es).

Todos os autores de manuscritos ACEITOS devem ser assinantes da REBEn, condição *sine qua non* para a publicação.

Artigo 2: Normas da Revista Texto & Contexto Enfermagem

Informações gerais

Os manuscritos submetidos à Revista devem atender à sua política editorial e às instruções aos autores, que seguem os “Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication” (<http://www.icmje.org>). “Requisitos uniformes para originais submetidos à revistas biomédicas do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE)”.

Os manuscritos enviados à submissão deverão seguir as normas editoriais da Texto & Contexto Enfermagem, caso contrário, serão automaticamente recusados. No envio, devem estar acompanhados de uma carta de solicitação de publicação e declaração de responsabilidade (Modelo). Por ocasião do encaminhamento do envio da versão final do manuscrito, após aprovação para publicação, o(s) autor (es) deverão enviar a declaração de transferência de direitos autorais (Modelo). Os autores dos manuscritos recusados para publicação serão informados e o material enviado para a revista não será devolvido. Os manuscritos apresentados em eventos (congressos, simpósios, seminários, dentre outros) serão aceitos desde que não tenham sido publicados integralmente em anais e que tenham autorização, por escrito, da entidade organizadora do evento, quando as normas do evento assim o exigirem. Poderá ser aceito manuscrito já publicado em periódicos estrangeiros, desde que aprovado pelo Conselho Diretor da Texto & Contexto Enfermagem e autorizado pelo periódico em que o manuscrito tenha sido originalmente publicado.

Opiniões e conceitos emitidos nos manuscritos, bem como a exatidão, adequação e procedência das citações bibliográficas, são de exclusiva responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição do Conselho Diretor;

O manuscrito resultante de pesquisa que envolver seres humanos, deverá indicar se os procedimentos respeitaram o constante na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), além do atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada. Para os artigos originais decorrentes de pesquisa realizada no Brasil, indicar o respeito à Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.196, de 10/10/96 e n.251 de 07/08/97. Quando se tratar de resultados de pesquisa, os autores deverão enviar uma cópia da aprovação emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa e mencionar, na metodologia, o número de aprovação do projeto.

A Texto & Contexto Enfermagem apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

A confiança pública do processo de revisão de especialistas e a credibilidade dos artigos publicados dependem, em parte, de como o conflito de interesse é administrado durante a redação, revisão por pares e a tomada de decisão editorial. Os conflitos de interesse podem ser de ordem pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira. Relações financeiras, como por exemplo, através de emprego, consultorias, posse de ações, honorários, depoimento/parecer de especialista são conflitos de interesse mais facilmente identificáveis e que têm maior chance de abalar a credibilidade da revista, dos autores e da própria ciência. Contudo, conflitos podem ocorrer por outras razões, tais como relações pessoais, competição acadêmica e paixão intelectual.

Os autores são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos de interesse que possam influenciar seu trabalho para que o Conselho Diretor possa decidir sobre o manuscrito. Os autores devem informar no manuscrito o apoio financeiro e outras conexões financeiras ou pessoais em relação ao seu trabalho, quando houver. As relações financeiras ou de qualquer outro tipo que possam levar à conflitos de interesse devem ser informadas por cada um dos autores em declarações individuais (Modelo). Os manuscritos publicados serão de propriedade da Revista, vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer outro meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização da Revista Texto & Contexto Enfermagem.

Procedimentos de avaliação do manuscrito

O artigo submetido é analisado por pares de consultores ad hoc credenciados. O processo de avaliação tem o seguinte fluxo:

1. A Editora Chefe e a Editora de Submissão da Revista realizam uma primeira avaliação dos manuscritos enviados a Revista, a qual é chamada de pré-análise visando avaliar a adequação do tema a política de publicação da Revista. Esta política ao mesmo tempo em que garante uma avaliação de maior qualidade dos manuscritos, possibilita ao autor tomar a melhor decisão sobre seu manuscrito quando o mesmo é rejeitado nesta etapa. Após a pré-análise;
2. São selecionados dois consultores (de diferentes regiões para os quais são enviados a cópia do manuscrito, o instrumento de análise e as normas de publicação. A identidade do autor e da instituição de origem é mantida sob sigilo, bem como entre o autor e o consultor;
3. Após a devolução dos manuscritos, pelos dois consultores, as Editoras de Seleção de Manuscritos da Revista analisa os pareceres efetuados e, com base no “parecer conclusivo”, prossegue com os demais encaminhamentos;
4. Caso os dois consultores tenham rejeitado o manuscrito, é redigida então, uma carta explicativa ao autor, dando ciência da decisão tomada;
5. No caso de um dos consultores indicar o manuscrito para publicação e o outro consultor rejeitá-lo, a Editora de Submissão elege um terceiro, que avaliará se o manuscrito é ou não indicado para publicação;
6. Os manuscritos indicados para publicação pelos consultores, são analisados pelo Conselho Diretor, que seleciona os que comporão cada novo número;
7. Os pareceres de aceitação, de necessidade de reformulação ou de recusa são encaminhados aos autores. Todos os manuscritos selecionados para publicação são analisados pela bibliotecária da Revista e, revisados pelos técnicos de inglês, espanhol e português;
8. A análise final dos manuscritos já selecionados para publicação e realizada pela Editora de Texto e Layout que avalia a qualidade da versão final de cada manuscrito;
9. Após o parecer positivo da Editora de Texto e Layout, autores deverão pagar a TAXA DE PUBLICAÇÃO no valor de R\$ 300,00, cujo pagamento será efetuado no momento do aceite do manuscrito para publicação e recebimento pelos autores da Carta indicando manuscrito no PRELO. Paralelamente, os manuscritos são enviados para o autor com a indicação dos nomes dos tradutores credenciados na Revista que farão a tradução do manuscrito para a versão em inglês;
10. Após a devolução do manuscrito em inglês, o mesmo é verificado novamente pela Editora de Texto e Layout, antes de ser encaminhado para a Diagramação Final.

Preparo dos Manuscritos

Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as normas editoriais da Revista, redigidos na ortografia oficial e digitados com espaço de 1,5cm, configurados em papel A4 e com numeração nas páginas. A margem esquerda e superior será de 3cm e a margem direita e inferior de 2cm. Letra Times New Roman 12, utilizando Editor Word for Windows 98 ou Editores que sejam compatíveis. Página de identificação: a) título do

manuscrito (conciso, mas informativo) em português, inglês e espanhol; b) nome completo de cada autor, com seu(s) título(s) acadêmico(s) mais elevado(s) e afiliação institucional; c) o(s) nome(s) do(s) departamento(s) e da instituição(ões) a(os) qual(is) o trabalho deve ser atribuído; d) nome, endereço completo, telefone/fax e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência relacionada ao manuscrito.

Resumo e Descritores: o resumo deve ser apresentado na primeira página, em português, inglês (abstract) e espanhol (resumen), com limite de 150 palavras, em espaço simples. Deve indicar o(s) objetivo(s) do estudo, o método, principais resultados e conclusões. Abaixo do resumo, incluir 3 a 5 descritores nos três idiomas. Para determiná-las consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) elaborada pela BIREME e disponível na internet no site: <http://decs.bvs.br> ou o Medical Subject Headings (MeSH) do Index Medicus. Quando o artigo tiver enfoque interdisciplinar, usar descritores, universalmente, aceitos nas diferentes áreas ou disciplinas envolvidas.

Apresentação das seções: o texto deve estar organizado sem numeração progressiva para título e subtítulo, devendo ser diferenciado através de tamanho da fonte utilizada.

Exemplos:

Título = OS CAMINHOS QUE LEVAM À CURA

Primeiro subtítulo = Caminhos percorridos

Segundo subtítulo = A cura pela prece

Ilustrações: as tabelas, quadros e figuras devem conter um título breve e serem numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, sendo limitadas a 5 no conjunto. Exceto tabelas e quadros, todas as ilustrações devem ser designadas como figuras. As tabelas devem apresentar dado numérico como informação central, não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, utilizando os símbolos na seqüência *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡. Os quadros devem apresentar as informações na forma discursiva. Se houver ilustrações extraídas de outra fonte, publicada ou não publicada, os autores devem encaminhar permissão, por escrito, para utilização das mesmas. As figuras devem conter legenda, quando necessário, e fonte sempre que for extraída de obra publicada (as fontes têm que estar na referência). Além das ilustrações estarem inseridas no texto, deverão ser encaminhadas em separado e em qualidade necessária a uma publicação. As fotos coloridas serão publicadas a critério do Conselho Diretor. Se forem utilizadas fotos, as pessoas não poderão ser identificadas, ou então, deverão vir acompanhadas de permissão, por escrito, das pessoas fotografadas. Todas as figuras e/ou fotos, além de estarem devidamente inseridas na seqüência do texto, deverão ser encaminhadas em separado com a qualidade necessária à publicação. As imagens deverão ser enviadas no formato jpeg ou tiff, resolução de 300 dpi, tamanho 23x16 cm e em grayscale. Imagens fora dessas especificações não poderão ser utilizadas.

Citações no texto: as citações indiretas deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda ter a pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula) apresentada antes da numeração em sobrescrito. Exemplo: as trabalhadoras também se utilizam da linguagem não verbal.⁷

Quando as citações oriundas de 2 ou mais autores estiverem apresentadas de forma sequencial na referência (1, 2, 3, 4, 5), deverão estar em sobrescrito separados por um hífen. Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador.¹⁻⁵

As citações diretas (transcrição textual) devem ser apresentadas no corpo do texto entre aspas, indicando o número da referência e a página da citação, independente do número de linhas. Exemplo: “[...] o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmaga os homens e as culturas, para fins insensatos”.^{1:30-31}

As citações de pesquisa qualitativa (verbatim) serão colocadas em itálico, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e respeitando o anonimato. Exemplo:

[...] envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais, conhecendo mais os problemas da comunidade [...](e7);

Citações no texto para artigos na categoria Revisão da Literatura. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção “e”; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão “et al”.

Exemplos:

Segundo Oliveira et al⁹ ou Segundo Oliveira et al⁹ (2004), entende-se a rede como a transgressão de fronteiras, a abertura de conexões, a multiplicidade, a flexibilidade, a transparência, a interdependência e o acesso de todos a informação.

Entende-se a rede como a transgressão de fronteiras, a abertura de conexões, a multiplicidade, a flexibilidade, a transparência, a interdependência e o acesso de todos a informação.⁹

Notas de rodapé: o texto deverá conter no máximo três notas de rodapé, que serão indicadas por: * primeira nota, ** segunda nota, *** terceira nota.

Referências: as referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com os Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE). Exemplos:

Livro padrão

Gerschman S. A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2004.

Capítulo de livro

Melo ECP, Cunha FTS, Tonini T. Políticas de saúde pública. In: Figueredo NMA, organizador. Ensinando a cuidar em saúde pública. São Caetano do Sul (SP): Yends; 2005. p.47-72.

Livro com edição

Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. 2ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2001.

Entidade coletiva

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual técnico pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília (DF): MS; 2005.

Documentos legais

Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução No 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996. Brasil. Lei No 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 Jun 1986. Seção 1.

Tese/Dissertação

Azambuja EP. É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem?: um estudo sobre as relações existentes entre a subjetividade do trabalhador e a objetividade do trabalho [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2007.

Artigo de periódico com até 6 autores

Kreutz I, Gaiva MAM, Azevedo RCS. Determinantes sócio-culturais e históricos das

práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural. Texto Contexto Enferm. 2006 Jan-Mar; 15(1):89-97.
 Artigo de periódico com mais de 6 autores
 Azambuja EP, Fernandes GFM, Kerber NPC, Silveira RS, Silva AL, Gonçalves LHT, et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um Programa de Saúde da Família. Texto Contexto Enferm. 2007 Jan-Mar; 16(1):71-9.

Dicionários e referências similares

Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. 3ª ed. Florianópolis (SC): Ed. Positivo; 2004.

Homepage/web site

Ministério da Saúde [página na Internet]. Brasília (DF): MS; 2007 [atualizado 2007 Maio 04; acesso em 2007 Jun 28]. Disponível em: www.saude.gov.br

Material eletrônico

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Anais do 3o Seminário Internacional de Filosofia e Saúde [CD-ROM]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Pós-graduação em Enfermagem; 2006.

Barbosa MA, Medeiros M, Prado MA, Bachion MM, Brasil VV. Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. Rev Eletr Enferm [online]. 2004[acesso em 2006 Out 01]; 6(1). Disponível em:

http://www.fen.ufg.br/Revista/revista6_1/f1_coletiva.html

Corona MBEF. O significado do “Ensino do Processo de Enfermagem” para o docente Improving palliative care for cancer [tese na Internet]. Ribeirão Preto (SP):

Universidade Federal de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005 [acesso 2007 Jun 28]. Disponível em:

<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-06052005-100508/>

Observação: trabalhos não publicados não deverão ser incluídos nas referências, mas inseridos em nota de rodapé. Para outros exemplos de referências, consultar o site:

http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Para as abreviaturas de títulos de periódicos em português consultar o site: <http://www.ibict.br> e em outras línguas, se necessário, consultar o International Nursing Index, Index Medicus ou o site <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>

Procedimentos para envio do manuscrito

Os autores interessados em enviar manuscritos para a Texto & Contexto Enfermagem, poderão fazê-lo sem custo algum. Após o recebimento do mesmo, a equipe editorial da Texto & Contexto Enfermagem fará uma pré-análise do manuscrito para verificar se o mesmo adequa-se a política editorial da Texto & Contexto Enfermagem.

Caso o mesmo seja recusado, os autores serão comunicados o mais breve possível.

Caso o manuscrito seja aprovado para iniciar o processo de avaliação, os autores deverão pagar a taxa de R\$200,00 referente a chamada taxa de avaliação do manuscrito.

Os manuscritos devem ser endereçados para à Texto & Contexto Enfermagem, em 1 via impressa, juntamente com o CD ROOM gravado para o seguinte endereço:

Revista Texto & Contexto Enfermagem

Caixa Postal 5057

Trindade – Florianópolis

Santa Catarina – Brasil – CEP 88040-970

Itens exigidos para preparação dos manuscritos:

1. Carta de solicitação de publicação e declaração de responsabilidade assinada por todos os autores (Modelo).

2. Declaração de conflitos de interesse encaminhada individualmente pelos autores (Modelo).

3. Cópia da aprovação emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em manuscritos resultantes de pesquisa que envolve seres humanos.

Itens exigidos para envio dos manuscritos

1. Manuscrito digitado em letra Times New Roman 12, com espaço entre linhas 1,5 cm, configurado em papel A4, com margem esquerda/superior de 3cm e direita/inferior de 2cm, com numeração nas páginas. Utilização de Editor Word for Windows 2000 ou editores compatíveis.

2. Página de identificação.

3. Título (conciso e informativo), resumo (máximo de 150 palavras) e descritores (3 a 5 palavras) nos 3 idiomas.

4. Apresentação das seções do manuscrito de acordo com as normas.

5. Ilustrações (tabelas, quadros e figuras) conforme as normas da Revista e no máximo de 5 no conjunto. As figuras devem ser gravadas em separado, no formato jpeg ou tiff, resolução de 300 dpi, tamanho 23X16 cm.

6. Citações diretas e indiretas, assim como os verbatins de acordo com as normas.

7. Manuscrito contendo no máximo 3 notas de rodapé.

8. Referências redigidas de acordo com as normas.

9. Manuscrito com número de páginas limite.

Artigo 3: Normas da Acta Paulista de Enfermagem

Preparando um manuscrito para submissão

Antes de submeter um artigo para a Acta Paulista de Enfermagem, por favor, leia atentamente as instruções e consulte os Padrões de Editoração.

Salientamos que plágio acadêmico em qualquer nível é crime, fere a legislação brasileira no artigo 184 do Código Penal e no artigo 7º parágrafo terceiro da lei 9.610-98 que regulamenta o direito autoral, constituindo-se, assim, matéria cível e penal.

A conduta editorial para o caso de plágio detectado segue as orientações do *Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors* do *Committee on Publication Ethics (COPE)* <http://publicationethics.org/>

Os manuscritos submetidos são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo a opinião dos Editores da revista.

1. Documentos para a submissão *on-line*

- a) Carta de Apresentação (*cover letter*) - nesta carta o autor deve explicar ao Editor porque o seu artigo deve ser publicado na Acta Paul Enferm. e qual a contribuição ao conhecimento dos resultados apresentados no artigo e a sua aplicabilidade prática;
- b) Autorização para publicação e transferência dos direitos autorais à revista, assinada por todos autores e endereçada ao editor-chefe, conforme Modelo;
- c) Pesquisas envolvendo seres humanos desenvolvidas no Brasil, conforme o capítulo XII.2 da Res. CNS 466/2012, devem apresentar a documentação comprobatória de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa e/ou CONEP, quando for o caso. Pesquisas envolvendo seres humanos desenvolvidas em outros países devem apresentar a documentação ética local;
- d) Comprovante do pagamento da taxa de submissão (*payment voucher*);
- e) Manuscrito (vide abaixo Documento Principal);
- f) Página de Título (veja no item 2 o que deve conter a página de título).

2. Página de Título (Title Page) deve conter:

- O título do manuscrito com, no máximo, 12 palavras e apresentado em português e inglês. Não usar caixa-alta no título;
- Os nomes completos e sem abreviações dos, no máximo, cinco autores e as Instituições às quais pertencem (obrigatório);

- As especificações sobre quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo conforme os critérios de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas;
- Conflitos de interesse: os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes;
- Ensaio clínico: artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos desenvolvidos no Brasil, devem apresentar comprovante de registro da pesquisa clínica ou comprovante de submissão na base de dados do Registro Brasileiro de Ensaio Clínico (ReBEC), <http://www.ensaiosclinicos.gov.br/>. Para casos anteriores à data de publicação; a seguir, da RDC 36, de 27 de junho de 2012 da Agência de Vigilância Sanitária, ou para estudos desenvolvidos em outros países, serão aceitos comprovantes de registro em outras plataformas da *International Clinical Trials Registration Platform*(ICTRP/OMS);
- Indicação do nome completo do Autor correspondente, seu endereço institucional e e-mail.

3. Documento Principal (*Main Document*)

Deve conter o título, o resumo com descritores e o corpo do manuscrito (não coloque qualquer identificação dos autores).

3.1 Título

O título do manuscrito com, no máximo, 12 palavras e apresentado em português e inglês. Não usar caixa-alta no título.

O título é a parte mais lida e divulgada de um texto e tem como objetivo informar o conteúdo do artigo. Deve ser claro, exato e atraente. Os autores devem incluir no título as informações que permitirão a recuperação eletrônica sensível e específica do artigo. Por isso, utilize o principal descritor como núcleo frasal.

O título não deve conter: abreviações, fórmulas, adjetivos excessivos, cidades, símbolos, datas, gírias, imprecisões e palavras dúbias, significado obscuro e palavras supérfluas (considerações sobre, contribuição ao estudo de, contribuição para o conhecimento de, estudo da, investigação de, subsídios para e etc..).

3.2 Resumo

O resumo, segundo o dicionário Houaiss, é uma apresentação abreviada de um texto. Deve fornecer o contexto ou a base para o estudo, procedimentos básicos, principais resultados, conclusões, de forma a enfatizar aspectos novos e importantes do estudo. É a parte mais lida do artigo científico depois do título. O intuito do resumo é facilitar a comunicação com o leitor.

Prepare o resumo em português e inglês com, no máximo, 150 palavras e estruturado da seguinte forma:

- **Objetivo:** estabelecer a questão principal e/ou hipóteses a serem testadas;
- **Métodos:** descrever o desenho do estudo, população e procedimentos básicos;
- **Resultados:** descrever o resultado principal em uma frase concisa. Deve ser o mais descritivo possível. Níveis de significância estatística e intervalo de confiança somente quando apropriado;
- **Conclusão:** frase simples e direta em resposta ao objetivo estabelecido e baseada exclusivamente nos resultados apontados no resumo.
- Cinco **descritores** em Ciências da Saúde que representem o trabalho sendo três deles selecionados na listagem de descritores da Acta Paulista de Enfermagem e dois escolhidos pelo autor conforme o DECS (lista de descritores utilizada na Base de Dados LILACS da Bireme) disponível no endereço <http://decs.bvs.br/> e o Nursing Thesaurus do Internacional Nursing Index poderão ser consultados, como lista suplementar, quando necessário ou MeSH Keywords <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>.

3.3 Corpo do manuscrito

O corpo do texto do manuscrito deverá conter parágrafos distintos com **Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Agradecimentos e Referências**. Siga os padrões de editoração da Acta.

A **introdução** deve apresentar a fundamentação teórica sobre o objeto de estudo. A finalidade da introdução é enunciar com as devidas justificativas e explicações, a originalidade e validade, finalidade e aplicabilidade da contribuição ao conhecimento pretendida. Não mais do que quatro citações devem ser utilizadas para apoiar uma única idéia. Evite a citação de comunicações pessoais ou materiais inéditos. O objetivo deve ser colocado no último parágrafo da introdução. Lembre-se para cada objetivo deverá haver uma conclusão.

Métodos – descreve como a pesquisa foi realizada, a lógica do raciocínio do autor na ordenação dos procedimentos e técnicas utilizadas para a obtenção dos resultados. O método estatístico e o critério matemático de significância dos dados também devem estar declarados. Estruture Métodos da seguinte forma: tipo de desenho de pesquisa, local, população (explicitando os critérios de seleção), cálculo do tamanho da amostra,

instrumento de medida (com informações sobre validade e precisão), coleta e análise de dados. Nos casos de pesquisa envolvendo seres humanos termine métodos com a seguinte frase: “O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos” (não há necessidade de detalhes sobre aprovação em CEP porque este documento será anexado na plataforma de submissão *on-line*).

Resultados – descrição do que foi obtido na pesquisa, sendo exclusivo do pesquisador, sem citações ou comentários ou interpretações pessoais (subjetivas).

As Tabelas, Gráficos e Figuras, no **máximo** de três, **obrigatoriamente**, devem estar inseridas no corpo do texto do artigo, sempre em formato original. Use esses recursos quando eles expressarem mais do que pode ser feito por palavras na mesma quantidade de espaço. Consulte os padrões de editoração da Acta.

Discussão – apresenta a apreciação crítica do autor, os novos e importantes aspectos do estudo e a explicação sobre o significado dos resultados obtidos e as suas limitações, relacionando-as com outros estudos. A linguagem obedece a estilo crítico e o verbo aparece no passado. A essência da discussão é a interpretação dos resultados obtidos e a sua relação com o conhecimento existente, de forma a chegar-se a uma conclusão. Comece a discussão explicitando os limites dos resultados, lembrando que o limite é dado pelo método escolhido. No segundo parágrafo explicita a contribuição dos resultados deste estudo e a aplicabilidade prática para as enfermeiras.

Conclusão – escrita em frase clara, simples e direta demonstrando o cumprimento do objetivo proposto. No caso de mais de um objetivo, deve haver uma conclusão para cada um. Nenhum outro comentário deve ser incluído na conclusão.

Agradecimentos – os autores devem agradecer todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo. Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também podem ser agradecidos, incluindo a origem (cidade, estado e país). No caso das agências de fomento, pode-se discriminar qual dos autores recebeu, por exemplo, bolsa de produtividade em pesquisa ou bolsa de mestrado, etc. da seguinte forma: ao Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia (CNPq; bolsa de produtividade em pesquisa nível 1A para AB Exemplo); à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES; bolsa de mestrado para AB Exemplo2). No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

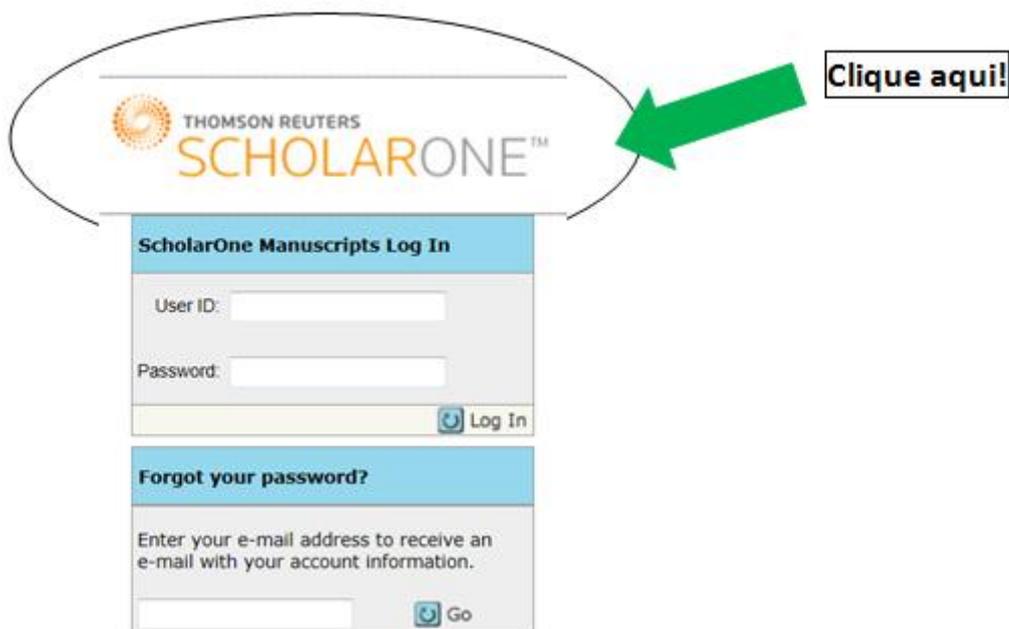
Referências – As referências dos documentos impressos e/ou eletrônicos deverão seguir o Estilo Vancouver, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, disponíveis no endereço eletrônico www.icmje.org. O alinhamento

das referências deve ser feito pela margem esquerda. Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus e International Nursing Index*. Considere que as referências concorrem para convencer o leitor da validade dos fatos e argumentos apresentados. Quando adequadamente escolhidas, dão credibilidade ao relato. Só devem ser citadas as obras que foram consultadas na íntegra pelo autor e que tenham relação direta, relevante, com o assunto abordado. Não incluir na lista referências que não possam ser recuperadas no original pelo leitor como teses e dissertações, trabalhos de conclusão de curso e outras fontes inacessíveis (apostilas, anais, etc.) ou obras de reduzida expressão científica. Considere sempre a atualidade da referência, pois a citação de obras recentes, isto é, com menos de cinco anos, é essencial em artigos originais.

- No texto, as citações devem ser numeradas, consecutivamente, em algarismos arábicos, entre parênteses, sobrescritos e sem menção do nome dos autores;
- As Referências devem vir numeradas, na ordem da citação no texto, e aquelas que se referem a artigos com o texto completo em português ou outra língua, que não o inglês, as referências deverão ter o título em inglês, entre colchetes, com a indicação da língua do texto no final da referência, conforme exemplos abaixo. Todas as referências devem ser apresentadas sem negrito, itálico ou grifo;
- Confira cuidadosamente as referências, é obrigatório que os leitores consigam consultar o material referenciado no original, por isso, não use publicações isoladas (livros, teses, anais) nem materiais de suporte (dicionários, estatística, e outros). Por favor, não inclua mais de 30 referências primárias e atualizadas (menos de cinco anos).

Instruções para submissão

Acesse pelo site da Acta Paulista de Enfermagem a plataforma para submeter o seu manuscrito (menu textual):



Ou

Acesse o link: <http://mc04.manuscriptcentral.com/ape-scielo>

Esta é a página de login:

We have detected that you have pop-up blocking software activated on your computer. Some pop-up blockers may prevent peer-review related e-mails from popping up to be sent. To avoid any potential issues within ScholarOne Manuscripts, we recommend that you disable this software. For more information please contact ScholarOne Manuscripts Support or click [here](#)

Log In Welcome to the *Acta Paulista de Enfermagem* manuscript submission site. To Log In, enter your User ID and Password into the boxes below, then click "Log In." If you are unsure about whether or not you have an account, or have forgotten your password, enter your e-mail address into the "Password Help" section below. If you do not have an account, click on the "Create Account" link above.

Acta Paulista de Enfermagem is available at [SciELO](#).

Dear authors and reviewers : this site is only for NEW submissions from November 21st onwards. The submissions made before this date, in process of reviewing, should be viewed on the old site at the URI <http://submission.scielo.br/index.php/ape/login>

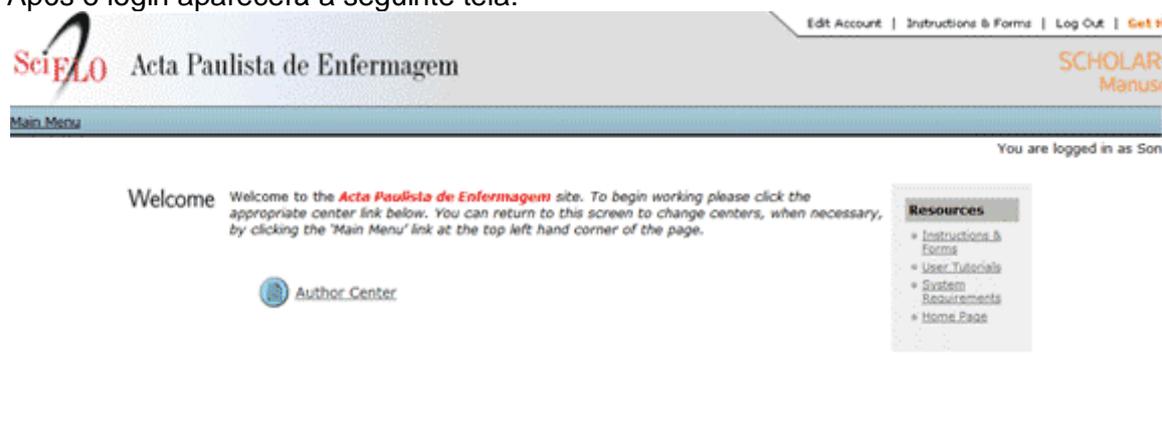
<p>Log In</p> <p>Log in here if you are already a registered user.</p> <p>User ID: <input type="text"/></p> <p>Password: <input type="password"/> <input type="button" value="Log In"/></p> <p>ACTA PAULISTA DE ENFERMAGEM</p> <p>Password Help. Enter your e-mail address to receive an e-mail with your account information.</p> <p>E-Mail Address: <input type="text"/> <input type="button" value="Go"/></p>	<p>New User?</p> <p>Register here</p> <p>Resources</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instructions & Forms • User Tutorials • System Requirements • Home Page
---	---

ScholarOne Manuscripts™ v4.11.0 (patent #7,257,767 and #7,263,655). © ScholarOne, Inc., 2013. All Rights Reserved. ScholarOne Manuscripts is a trademark of ScholarOne, Inc. ScholarOne is a registered trademark of ScholarOne, Inc.

 Follow ScholarOne on Twitter

[Terms and Conditions of Use](#) - [ScholarOne Privacy Policy](#) - [Get Help Now](#)

Após o login aparecerá a seguinte tela:



Clique em *Author Center* para submeter um novo manuscrito ou para verificar o status de manuscritos submetidos.

Passo 1: Tipo, Título e resumo (*Title e abstract*)

Tipo (somente artigo original) título, conforme as orientações em “Instruções aos autores”

Resumo: digite o seu resumo na janela ou copie e cole diretamente do arquivo no seu computador e não se esqueça de selecionar o arquivo que contenha somente o seu resumo e anexe (*attach*) no sistema. Atenção: mantenha o resumo no documento principal (*main document*). Clique no botão "Next" em cada tela para salvar seu trabalho e avançar para a próxima fase.

Passo 2: Attributes (palavras chaves)

Cinco descritores em Ciências da Saúde que representem o trabalho sendo três deles selecionados na listagem de descritores da Acta Paulista de Enfermagem apresentada na tela e dois escolhidos pelo autor conforme o DECS. Atenção: os mesmos descritores selecionados na tela devem constar do resumo.

Passo 3: Autores e instituições (*Authors e institutions*)

Preencha conforme as instruções.

Passo 4: Sugestão de revisores (*Reviewers*)

Passo 5: Detalhes e comentários (*Details and comments*)

Carta de apresentação (*Cover letter*): nesta carta o autor deve explicar ao Editor porque o seu artigo deve ser publicado na Acta Paul Enferm. e qual a contribuição ao conhecimento dos resultados apresentados no artigo e a sua aplicação prática.

Passo 6: Transferência de arquivos (*Files Upload*)

1. Documento principal (*main document*) = contém o título, o resumo com descritores e

o corpo do trabalho;

2. Tabelas, imagens e figuras, se for o caso;

3. Página de Título (*Title page*) redigida conforme as orientações em “Preparando um artigo”;

4. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Atenção: selecione a opção *supplemental files not for review*) para manuscritos desenvolvidos no Brasil;

5. Comprovante de pagamento da taxa de submissão (Atenção: selecione a opção *supplemental files not for review*);

6. Autorização para publicação e transferência dos direitos autorais conforme Modelo (Atenção: selecione a opção *supplemental files not for review*).

Passo 7: Revise e clique em enviar para completar a submissão.

