

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

LEIKA APARECIDA ISHIYAMA GENIOLE



**MUDANÇAS NO PROCESSO DE TRABALHO DE EGRESSOS DE
UM CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**CAMPO GRANDE
2015**

LEIKA APARECIDA ISHIYAMA GENIOLE

**MUDANÇAS NO PROCESSO DE TRABALHO DE EGRESSOS DE UM CURSO DE
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Diogo De Carli

CAMPO GRANDE – MS

2014

LEIKA APARECIDA ISHIYAMA GENIOLE

**MUDANÇAS NO PROCESSO DE TRABALHO DE EGRESSOS DE UM CURSO DE
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

DATA DA APROVAÇÃO ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA:

Presidente: Prof. Dr. Alessandro Diogo de Carli – UFMS

Prof. Dr. Raphael Augusto Teixeira de Aguiar – UFMG

Prof^a. Dr^a. Maria Celina Piazza Recena – UFMS

Prof. Dr. Edilson José Zafalon– Suplente – UFMS

CAMPO GRANDE – MS

2014

AGRADECIMENTOS

Ao Deus de meu coração, que me proporcionou energia e equilíbrio para transitar pelo processo de formação;

À minha família, pela sua competência de se fazer presente e me sustentar em todas as situações, entendendo o momento de vida e suavizando meu percurso;

Ao meu marido, que compartilhou as dificuldades e me proporcionou liberdade para participar do processo;

Aos colegas de trabalho, que com suas atitudes me auxiliaram;

Aos colegas de turma, que tiveram a competência de tecer uma rede de sustentação, apoiando cada membro em suas dificuldades, compartilhando vitórias e tristezas;

Aos colegas que participaram da pesquisa, empregando seu tempo e energia com um sorriso;

Ao amigo Aderaldo, parceiro de tantos anos de trabalho, que me acolheu e me fortaleceu para o enfrentamento dos desafios diários;

Aos professores, que com suas atitudes promoveram meu crescimento;

Ao meu mentor Hamilton, que com sua coerência e equilíbrio me estimula a alcançar meu projeto de felicidade;

Ao meu orientador, Professor Dr. Alessandro Diogo de Carli, que teve a competência de suavizar e conduzir o processo de elaboração de minha dissertação;

À energia que permeia cada ser, promovendo equilíbrio, conhecimento, crescimento.

**“Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra,
no trabalho, na ação-reflexão” (Paulo Freire).**

RESUMO

GENIOLE, L. A. I. **Mudanças no processo de trabalho de egressos de um curso de especialização em Saúde da Família.** [Dissertação de Mestrado – Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul], Campo Grande, 2014.

A partir de 2010, atenção especial tem sido dada para ações de Educação Permanente em Saúde, com ênfase para as que se realizam no contexto da Saúde da Família. O objetivo desse estudo foi verificar a ocorrência de mudanças no processo de trabalho dos profissionais egressos de um Curso de Especialização em Saúde da Família. Trata-se de estudo quantitativo, seccional, com base em dados primários, desenvolvido no período de fevereiro a abril de 2014, em Campo Grande, Mato Grosso do Sul. Participaram desse estudo 87 profissionais da Estratégia Saúde da Família, os quais responderam a um questionário em escala Likert e a questões objetivas que versaram sobre os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS), comparando-os a antes e a depois do curso. Houve adequação das ações em todos os itens avaliados, com diferença estatisticamente significativa para todas as comparações ($p < 0,05$, teste de Mann-Whitney). No entanto, somente a adequação de competências profissionais não é suficiente para responder às demandas apresentadas pela população. Pode-se concluir que o curso desencadeou mudanças significativas nos processos de trabalho.

Palavras-chave: Avaliação; Estratégia Saúde da Família; Educação de Pós-Graduação.

ABSTRACT

GENIOLE, L. A. I. **Changes in Working Process of Graduates of a Course of Specialization in Family Health.** [Dissertação de Mestrado – Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul], Campo Grande, 2014.

Since 2010, special attention has been given to actions of Permanent Education in Health, specially in the context of Family Health. The aim of this study was to verify the occurrence of changes in the work process of the graduates of a Specialization Course in Family Health. It is quantitative, cross-sectional study, based on primary data developed in the period from February to April 2014, in Campo Grande, Mato Grosso do Sul. Eighty seven professionals attended the Family Health Strategy, which responded to a Likert scale questionnaire and the objective questions about the Primary Health Care attributes, comparing them before and after the course. There was adequacy of actions on all items, with statistically significant differences for all comparisons ($p < 0.05$, Mann-Whitney test). However, only the adequacy of professional skills is not enough to reply the demands presented by the population. It was concluded that the course triggered significant changes in work processes.

Keywords: Evaluation; Family Health Strategy; Graduate Education.

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1 – Frequência das respostas e média (desvio padrão) do somatório dos escores da Escala Likert para a dimensão do acesso ao serviço de saúde	36
Tabela 2 – Frequência das respostas e média (desvio padrão) do somatório dos escores da Escala Likert para a dimensão Atenção Centrada na Pessoa.....	37
Tabela 3 – Frequência das respostas e média (desvio padrão) do somatório dos escores da Escala Likert para a dimensão Longitudinalidade do Cuidado	38
Tabela 4 – Frequência das respostas e média (desvio padrão) do somatório dos escores da Escala Likert para a dimensão Processos de Trabalho	39
Gráfico 1 – Média (desvio padrão) do somatório dos escores da escala Likert (antes e depois do curso) para a totalidade do questionário	40
Tabela 5 – Frequência relativa e absoluta das respostas às questões objetivas.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS

ABA	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CEABSF	Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família
DSS	Determinantes sociais de saúde
EaD	Educação a Distância
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IES	Instituições de Ensino Superior
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
SIAB	Sistema de informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1 A Atenção Primária à Saúde	13
2.1.1 Aspectos conceituais	13
2.1.2 Atributos da Atenção Primária à Saúde	14
2.1.2.1 <i>Atenção ao primeiro contato</i>	15
2.1.2.2 <i>Integralidade</i>	18
2.1.2.3 <i>Longitudinalidade</i>	19
2.1.2.4 <i>Coordenação do cuidado</i>	20
2.1.2.5 <i>Atenção centrada no indivíduo, na família e na comunidade</i>	22
2.2 O Processo de trabalho em saúde da família	23
2.3 Formação do profissional de saúde	26
2.4 O Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família	29
2.5 Avaliação	30
3 OBJETIVOS	32
3.1 Objetivo geral	32
3.2 Objetivo específico	32
4 METODOLOGIA	33
4.1 Aspectos éticos	33
4.2 Tipo de pesquisa	33
4.3 Local e período da pesquisa	33
4.4 Sujeitos da pesquisa	33
4.5 Procedimento para coleta de dados	34
5 RESULTADOS	35
6 DISCUSSÃO	42
7 CONCLUSÃO	51
REFERÊNCIAS	52
APÊNDICES	58
ANEXOS	65

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), ou Atenção Básica (AB), tem a potencialidade de resolver grande parte dos problemas de saúde da população, caracterizada como a porta preferencial de entrada ao sistema de saúde, promovendo a longitudinalidade do cuidado, o gerenciamento das ações e a integralidade da atenção (STARFIELD, 2002).

Segundo essas características, os profissionais da APS precisam desenvolver competências adequadas para o exercício de sua função, e para isso necessitam de condições estruturais e de recursos humanos que promovam a atenção aos problemas mais frequentes que atingem uma população, com vistas ao cuidado ao indivíduo, à família e à comunidade. Nessa perspectiva, os profissionais de saúde inseridos na APS, em especial aqueles da Estratégia Saúde da Família (ESF), necessitam ter competências para atuar de forma interdisciplinar e integralmente na manutenção da saúde dos usuários (SAUPE et al., 2005; CARVALHO; CECCIM, 2008).

Em seu processo de formação, esses profissionais deveriam explorar conteúdos que, pretensamente, extrapolam seu núcleo de competência. Faz-se necessário deixar a formação profissional centrada no tratamento de patologias (nível terciário) e se aproximar das necessidades do cotidiano de seus usuários, que se apresentam fragilizados, lidando com as condições adversas que influem no processo saúde-doença (ALMEIDA-FILHO, 2011).

Busca-se assim conhecer/aprender a interagir com determinantes do processo saúde-doença, trabalhar de forma integrada a outras profissões, adquirir conhecimentos e habilidades para planejar e avaliar. O profissional de saúde precisa ainda ser um indutor para construção de novos conhecimentos, estimulando o processo de ensino-aprendizagem entre seus pares e a comunidade. Para além, deve atuar junto à população na construção de um modo de vida de maior qualidade, captando recursos intersetoriais que sustentem e dê condições de uma vida digna a cada usuário que se encontra sob sua tutela, promovendo a autonomia das pessoas e estimulando a resiliência. Dessa forma, os egressos de cursos da área da saúde teriam a possibilidade de desenvolver competências que contemplem a consolidação das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS): integralidade, universalidade, equidade e participação social (MATTA; LIMA, 2008).

Um dos entraves à efetivação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é a falta de profissionais com perfil adequado para trabalhar nessa lógica. As Instituições de Ensino Superior (IES) vêm se adequando a esta realidade por meio da modificação dos seus

currículos, procurando formar profissionais adequados às necessidades de trabalho apontadas pelo SUS (CARVALHO; CECCIM, 2008).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para Cursos de Graduação em Saúde (DCNs), a partir de 2001, alteraram totalmente seus textos em favor da formação desses profissionais, para que estivessem mais contextualizados com as mudanças na política de saúde vigente no Brasil (CARVALHO; CECCIM, 2008).

Além disso, faz-se necessário adequar as competências dos profissionais que já estão trabalhando para essa nova realidade; porém, é condição essencial que se faça isso em larga escala, tendo em vista as dimensões continentais do Brasil e a distribuição díspar de profissionais pelo território. Nesse aspecto, para suprir essa demanda, foi utilizada a estratégia de capacitação destes profissionais, através de cursos de especialização em larga escala, na modalidade a distância. A Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) veio, com esse propósito, congregando IES para promover esses cursos, voltados às necessidades de formação de profissionais para atuarem no SUS (BRASIL, 2013).

O SUS, através da UNA-SUS, tem estimulado e financiado IES para realizar cursos de pós-graduação em nível de especialização em Saúde da Família, com a finalidade de prover a crescente demanda por profissionais qualificados para as necessidades das populações assistidas por estes. Essa necessidade de qualificação massiva é importante para preencher a lacuna na formação de tais profissionais, ainda formados na lógica do modelo de assistência à doença, apesar da mudança nos currículos universitários que enfatizam a necessidade de formação voltada à atenção de pessoas e comunidades (BRASIL, 2010).

Os cursos presenciais alcançam uma pequena parcela da população, restringindo-se, na maioria das vezes, aos grandes centros urbanos. Com isso, o conhecimento passou a ser restrito aos grandes centros. A educação a distância tem se consolidado como uma importante ferramenta na educação permanente, fomentando o acesso à informação/educação a um grande número de profissionais. No Brasil, os cursos a distância estão em franco crescimento, tanto que as instituições de ensino têm investido esforços para promover mudanças em suas estruturas, tanto tecnológicas quanto de recursos humanos, para responder a essa nova demanda (OLIVEIRA, 2007).

Nesse sentido, a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), em parceria com a UNA-SUS, Fiocruz – Mato Grosso do Sul e com as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, vem promovendo o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) desde agosto de 2010, na modalidade a distância. Qualificaram-se, até o

momento, cerca de 1.000 profissionais na especialidade de Saúde da Família, com a oferta de dois cursos para estudantes-trabalhadores de todo o estado.

Tendo finalizado o curso de duas turmas dessa especialização, é preciso conhecer se os objetivos foram ou não alcançados, se o ensino foi promotor de ações transformadoras da realidade, considerando-se o planejamento e a superação de fragilidades desse processo para a formação das turmas futuras. A necessidade de se avaliar o processo de ensino-aprendizagem se justifica porque os cursos em questão são realizados com recursos públicos, os quais devem ser empregados de forma a possibilitar impactos positivos, especialmente na área da saúde, setor crítico para o avanço do desenvolvimento da sociedade.

O objetivo desse estudo foi verificar a ocorrência de mudanças no processo de trabalho dos profissionais egressos do CEABSF, tendo como eixo norteador a aplicabilidade dos atributos da APS em seus territórios.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A Atenção Primária à Saúde

2.1.1 Aspectos conceituais

A APS é uma estratégia adotada em vários países com o objetivo de orientar o acesso à saúde, sendo reconhecida como fundamental para se construir um sistema de saúde eficaz, promovendo melhoria nas condições de saúde da população, por meio de ações que promovam a universalidade, a equidade e a integralidade (GÉRVAS; FERNANDEZ, 2006). A APS precisa implementar dispositivos que promovam a satisfação das necessidades dos usuários, devendo estar articulada a outros pontos do sistema de saúde, com a finalidade de manter e recuperar a saúde da população.

Segundo documento apresentada pela Organização Pan-Americana de Saúde (2007), o sistema de saúde que é orientado segundo a APS tem melhores resultados. Isso reflete em maior eficiência e menores custos para atenção em saúde, obtendo-se maior satisfação do usuário com o serviço de saúde. Deve haver ênfase na promoção, prevenção, tratamento e recuperação à saúde, considerando-se os determinantes sociais de saúde e norteando a atenção aos sujeitos e suas famílias.

Ao fortalecer a APS, são favorecidas as condições para o desenvolvimento do ser humano na busca da plenitude do crescimento individual. Ou seja, criando-se políticas públicas nesse sentido, através de ações intersetoriais, pode-se possibilitar a atuação nos determinantes sociais de saúde. Entretanto, a APS, em nível mundial, como na Europa e no Canadá, lugares de maior desenvolvimento econômico, tem adotado diferentes conceitos e modos de operar o sistema de saúde, sendo a APS considerada como porta de entrada daquele, proporcionando condições efetivas em termos de recursos humanos e estruturais para efetivação do cuidado. Em alguns países americanos, as estratégias são mais pontuais, limitando-se à implantação e à implementação de programas verticais executados para resolver alguma demanda emergente no país (OPAS, 2007).

A APS tem princípios organizadores que devem servir como base para a fundamentação de políticas, legislação, critérios de avaliação, geração e alocação de recursos, assim como a operacionalização do sistema de saúde (GÉRVAS; FERNANDEZ, 2006).

Após o advento da criação do SUS, a saúde passou a ser um direito de todo cidadão brasileiro assegurado pela Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988). O SUS tem evoluído ao longo dos anos, implementando programas e redefinindo diretrizes e estratégias

com intuito de alcançar a atenção universal dos usuários do sistema de saúde. O Brasil adotou o conceito da APS, denominando-a como Atenção Básica, mantendo as características conceituais de ser a porta de entrada do sistema, privilegiando o acesso universal, equânime e longitudinal, com atenção centrada no sujeito, na família e na comunidade (BRASIL, 2011).

A APS, adotada como estratégia indutora do reordenamento do sistema de saúde, deve ser implementada de forma a organizar os serviços para satisfazer as demandas de saúde de uma população, devendo fazer parte da rede e ser a ordenadora do seu fluxo de atenção (OPAS, 2011).

Em termos de políticas públicas de saúde, uma das estratégias para organizar a atenção à saúde foi o fortalecimento da atenção básica e, segundo relatório da OPAS (2012), no Brasil o SUS cobre 75% da população; a ESF abrange 94% dos municípios (30.996 equipes de ESF e 19.609 equipes de saúde bucal). Este relatório evidenciou que um dos obstáculos enfrentados para a consolidação do SUS foi a falta de recursos humanos para atender a essa demanda, seja por problemas na formação dos profissionais, pela má distribuição de profissionais em locais de difícil acesso ou por problemas na remuneração dos profissionais.

Outro problema que dificultou e ainda causa constrangimento à efetivação das diretrizes do SUS é o modelo de atenção à saúde, que permanece focado na resolução de condições agudas, centrado no papel do médico, com pouca interação entre profissionais de outras categorias. O exercício da atenção com esse foco não proporciona o espaço de interação médico-usuário, sendo que o último permanece em situação passiva, não sendo estimulado a desenvolver competências para cuidar de sua própria saúde (OPAS, 2012).

2.1.2 Atributos da Atenção Primária à Saúde

O sistema de saúde baseado nos princípios da APS deve ter como características elementos estruturantes sinérgicos, permeando todos os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (LAVRAS, 2011). A APS tem, como atributos essenciais, os seguintes: atenção ao primeiro contato (acesso), integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado. Como atributos derivativos, tem-se a atenção centrada no indivíduo, na família e na comunidade (STARFIELD, 2002). Essas ações são complementares quando se propõem a atuar de forma resolutiva e humanizada. Sendo assim, os objetivos dos serviços de saúde se voltam a um objetivo único: o cuidado ampliado das pessoas.

O Ministério da Saúde (MS) do Brasil tem reiterado o papel da atenção básica (BRASIL, 2011) como responsável pelo acesso do usuário ao sistema (Portaria Nº 2488, 21

de outubro de 2011), pela longitudinalidade, resolutividade e integralidade da atenção à saúde, com enfoque no indivíduo, na família e na comunidade. Para que isto seja de fato implementado, faz-se necessário que as equipes de saúde façam uma releitura de seus processos de trabalho, analisando o modelo de atenção desenvolvido em seus territórios e adequando o trabalho de forma que se consiga desenvolver o cuidado ampliado (BRASIL, 2011).

É importante ressaltar a necessidade de um trabalho multidisciplinar, privilegiando a pluralidade dos olhares sobre um problema e a proposição de ações compartilhadas para se efetivar o cuidado das pessoas. Trabalhar com o olhar ampliado induz os profissionais de saúde a utilizar ferramentas de vigilância em saúde, com o intento de programar quais ações desenvolver em seus territórios, assim como a forma e o tempo de executar estas ações. O serviço assim desenvolvido permite mudanças nos processos de trabalho e auxilia na promoção da autonomia dos sujeitos (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

Para o desenvolvimento de atividades em saúde dessa forma, faz-se necessário também que as equipes tenham suporte, com disponibilidade adequada de recursos humanos e materiais; ou seja, a gestão precisa exercer o seu papel, proporcionando condições de trabalho para o exercício das funções destes profissionais. Serviços de saúde avaliados somente por produção de procedimentos dificultam a efetivação dos princípios da APS, devendo-se privilegiar a qualidade da atenção (MORAES, 2006).

Segundo Cunha e Giovanella (2011), os países que adotaram os pressupostos da APS conseguiram reduzir a mortalidade prematura e internações por condições sensíveis à atenção primária, apresentaram menor taxa de incidência de doenças, além de terem maior equidade no que se refere à oferta de serviços em saúde.

2.1.2.1 *Atenção ao primeiro contato*

O primeiro destes atributos diz respeito à cobertura e acesso ao serviço, que precisa ser universal e estruturado de forma a ser aceito, independentemente do poder econômico dos indivíduos, das características culturais ou das preferências individuais. Deve servir como porta preferencial de entrada ao sistema, através do acolhimento às diferentes necessidades em saúde dos indivíduos, tendo a competência de resolver 85% dos problemas de saúde da comunidade (STARFIELD, 2002). Deve atuar na resolução dos problemas mais frequentes dessa comunidade, realizando serviços de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação dos indivíduos.

O serviço deve ser resolutivo, promover a equidade, a intersetorialidade e estimular a participação popular. É necessário garantir a acessibilidade de cada usuário ao serviço de saúde. Para isso, é importante a mudança de postura dos profissionais de saúde e a adequação dos processos de trabalho e da gestão, de forma a proporcionar condições de trabalho nos diferentes territórios. Para operacionalizar a questão do acesso das pessoas ao serviço de saúde adotou-se o acolhimento; dessa forma, passa a ser possível conhecer as necessidades da pessoa, estabelecendo-se a melhor forma de resolver cada situação de saúde (STARFIELD, 2002).

O acolhimento é uma diretriz operacional que se utiliza de tecnologias leves com a potencialidade de promover o estabelecimento de vínculos entre usuários, trabalhadores e gestão, auxiliando na reorganização dos processos de trabalho no sentido de dar voz às reais necessidades de saúde de uma comunidade. Quando implementado, auxilia na efetivação da integralidade e equidade das ações de saúde, levando a equipe a trabalhar de forma multidisciplinar, organizando as demandas apresentadas, deslocando o foco do trabalho centrado na consulta médica e na medicalização. É uma das ações que foram descritas dentro da Política Nacional de Humanização, instituída pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), com a finalidade de facilitar não apenas o acesso, mas também a resolutividade dos serviços de saúde e vinculação do serviço com a comunidade.

O acolhimento deve ser operacionalizado de forma a estabelecer a escuta das necessidades, sua classificação, a negociação entre o usuário e o serviço no sentido de como e quando resolver uma demanda. Ou seja, o serviço passou a se responsabilizar pela resolução de uma dada situação que lhe foi apresentada pelo usuário (BRASIL, 2004).

Em estudo desenvolvido por Franco et al. (1999), a implantação do acolhimento aumentou a acessibilidade do usuário ao serviço, ajudou na reorganização dos processos de trabalho, aumentou a vinculação da equipe à população, otimizando os recursos em saúde disponíveis para melhorar a saúde da população. Nesse estudo foi possível demonstrar o fortalecimento da sensação de integração do trabalho entre os membros da equipe, exceção feita ao médico, que permaneceu à margem do processo do acolhimento.

O acolhimento, desde a sua implantação, ainda apresenta múltiplos conceitos (MITRE et al., 2012), como a diretriz operacional citada por Franco et al. (1999), que teria como finalidade otimizar o acesso do usuário ao serviço, responsabilizar a equipe pela resolução dos problemas dos usuários, promover a vinculação entre os atores do serviço e comunidade, reorganizar os processos de trabalho e estimular a expansão do cuidado para outros membros da equipe, além do médico.

Em estudo posterior, constatou-se que o acolhimento passou a ser mais uma tarefa assumida pelos profissionais de saúde, durante a qual, de forma acrítica utilizavam os pressupostos de escuta das solicitações dos usuários, que ainda era feita sem a real mudança na postura do trabalhador, sem o estabelecimento de vínculo entre os atores e, muitas vezes, deixando a desejar em termos de resolutividade. É preciso entender quais são as finalidades do acolhimento que o serviço adota: se um mecanismo que potencializa a atenção às necessidades das pessoas ou uma tarefa imposta, que acaba por perder sua real dimensão no cotidiano dos serviços (MITRE et al., 2012).

Tesser et al. (2010) apontaram a importância do ato de acolher para a hierarquização das necessidades apresentadas pelos usuários que recorreram ao serviço, potencializando o trabalho dos profissionais de saúde, compartilhando o cuidado com os outros integrantes da equipe, fazendo a transposição da demanda por consultas para a construção do ato de cuidar. Dessa forma, houve ampliação da cartela de oferta de serviços dos profissionais, a solicitação dos indivíduos deixou de ser somente por consulta médica e/ou procedimentos. Assim como no estudo de Franco et al. (1999), o trabalho regido pelo acolhimento promoveu a integração dos componentes da equipe de saúde.

Para a efetivação do acolhimento, foi preciso uma maior flexibilização na agenda do enfermeiro e do médico, que precisam dar suporte à equipe de acolhimento, assim como foi necessário realizar o planejamento do trabalho, através de reuniões semanais entre todos os integrantes da equipe de saúde. Importante ressaltar o apontamento da necessidade de criação de mecanismos para proteger a saúde da equipe, limitando a ação de acolhimento às pessoas da área de abrangência, referenciando os usuários não adscritos aos seus respectivos territórios (TESSER et al., 2010), além de fortalecer os laços entre os membros da equipe.

Neves et al. (2013) relataram que o acolhimento foi um dos dispositivos que melhoraram a acessibilidade aos serviços de saúde; no entanto, ainda diagnosticou-se equívocos conceituais por parte dos profissionais de saúde que confundiram acolhimento com triagem. O acolhimento se faz através da postura ética do profissional de saúde que assume para si a responsabilidade de realizar um atendimento humanizado, devendo ser efetivado como ação que promove a recuperação dos sujeitos e a satisfação de suas necessidades. Para tanto, o indivíduo deve ser entendido como um ser biopsicossocial. Com isto, promove-se a vinculação dos usuários com o serviço, estabelecendo parcerias no sentido de proporcionar o empoderamento dos diferentes sujeitos, atuando no crescimento tanto do usuário quanto do profissional do serviço de saúde.

Ribeiro et al. (2013) verificaram que a implantação do acolhimento promoveu maior integração da equipe de saúde, pois houve a necessidade de redefinição dos processos de trabalho para efetivação do acolhimento. Além disso, foram necessárias a ressignificação de conceitos e discussão no sentido de que acolher não é agendar consulta para o médico, e sim estimular o compartilhamento entre todos os membros da equipe para efetivação do cuidado das pessoas. A atenção tem seu centro deslocado do atendimento à doença, passando para a assistência integral dos sujeitos. O entendimento incorreto do significado do acolhimento pode gerar maior carga de serviço ao profissional médico, reduzindo e mantendo a fragmentação do ato de cuidar.

O exercício da escuta qualificada auxilia no conhecimento das necessidades da comunidade; as pessoas passam a buscar o serviço para a resolução de diferentes demandas que surgem em suas vidas. Dessa forma, a ação de acolher promoveu o exercício da cidadania dando voz às necessidades apresentadas pelos diversos integrantes da comunidade, estimulando os laços de solidariedade para um objetivo comum: o cuidado de pessoas (GARUZI et al., 2014).

2.1.2.2 *Integralidade*

A atenção, para ser realizada integralmente, precisa considerar o indivíduo como um ser biopsicossocial, que apresenta uma necessidade a ser satisfeita. Contudo, é preciso considerar o indivíduo, o contexto e momento de vida, o acesso a exames, especialidades e tratamento, dentre outros aspectos. O usuário deve ser reconhecido em sua singularidade, com direitos e com pleno potencial de gerenciar sua própria vida (MOROSINI; CORBO, 2007).

Ayres (2009) relatou que para se realizar o cuidado no sentido ampliado foi preciso conhecer qual a necessidade implícita por trás da queixa apresentada, o contexto vivido pelo usuário, estabelecendo, através das tecnologias leves, relações usuário-profissional de saúde que desencadearam no crescimento dos sujeitos, resgatando os projetos individuais de felicidade e construindo mecanismos para que os mesmos fossem alcançados.

Mattos (2004) apontou que a integralidade tem vários aspectos, começando pelo profissional médico, que não deve reduzir as pessoas a problemas em aparelhos ou sistemas orgânicos, sendo necessária a mudança de postura a fim de estimular o exercício do cuidado do indivíduo dentro de um contexto de vida, com necessidades mais amplas do que a redução do sofrimento ocasionado por uma doença. Para que isso seja possível, o profissional precisa ter em sua formação o estímulo a não limitar as pessoas a aparelhos, sistemas e doenças. É

necessária a transposição do modelo reducionista, puramente biológico, para modelos de atenção que proporcionem uma visão ampliada sobre a pessoa.

O serviço deve ser organizado para atender às demandas relacionadas a doenças e outras necessidades dos indivíduos, além das patologias. Deve-se romper com a lógica do serviço orientado tão somente para o atendimento de doentes, passando a atender as pessoas nas mais diferentes necessidades, quer se relacionem às doenças ou a situações que têm a potencialidade de gerar algum sofrimento nas pessoas. Deve-se, segundo Mattos (2004), investir esforços para atuação junto aos usuários no sentido de realizar ações que promovam a saúde de uma população; as políticas públicas de saúde devem proporcionar condições para que as pessoas sejam cuidadas. É preciso o desenvolvimento de mecanismos que privilegiem ações intersetoriais para que os determinantes sociais de saúde sejam adequados ao restabelecimento da saúde dos indivíduos.

Pensar em integralidade da atenção somente é possível ao se repensar e adequar o modelo de atenção à saúde, pois enquanto as práticas forem reducionistas, fragmentadas, com programas verticalizados e distanciamento entre gestão e os serviços de saúde, não será possível assistir à população em suas reais necessidades de saúde. Para Alves (2005), somente a expansão da Estratégia Saúde da Família não garante a efetivação da integralidade, sendo preciso a readequação do modelo assistencial, que, quando assiste o indivíduo holisticamente, tem a potencialidade de aliar promoção, prevenção e recuperação ao estado de saúde.

Chagas e Vasconcelos (2013) verificaram que o engessamento dos processos de trabalho preconizados pela gestão geram desconforto na equipe por esta não conseguir implementar os pressupostos da atenção primária. Neste estudo, o profissional médico continuava adotando o modelo de atenção centrado nas patologias, com pouco envolvimento no que se referia às necessidades dos indivíduos, desconsiderando determinantes sociais que desencadeavam a doença, mantendo, dessa forma, a fragmentação da atenção, empobrecendo a autonomia do indivíduo em relação ao seu próprio cuidado, perpetuando a relação de dependência usuário-serviço de saúde.

2.1.2.3 Longitudinalidade

O atributo da longitudinalidade diz respeito aos cuidados dos indivíduos ao longo do tempo, propiciando a vinculação e a relação usuário-trabalhador em saúde. A longitudinalidade tem algumas variáveis às quais os profissionais em saúde devem ficar atentos: a qualidade da atenção, o vínculo, a confiança, a comunicação e a continuidade. Estas

peculiaridades devem convergir para exercer o cuidado ampliado, tendo como centro da atenção o indivíduo, sua família e a comunidade (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Starfield (2002) diferenciava a longitudinalidade e a continuidade do cuidado por entender que esta última poderia ser realizada sem se tecerem as relações interpessoais entre profissional e usuário. A efetivação deste atributo é fortemente influenciada pelo modelo de atenção à saúde; considera-se que ao se realizar tão somente a assistência de doenças, não se constrói espaço para que o paciente seja cuidado como um ser biopsicossocial, que está sujeito às influências do meio em que vive, além de não se proporcionar a vinculação usuário-profissional de saúde.

A equipe precisa desenvolver seu trabalho de forma que a população considere o serviço de saúde como uma referência para resolver suas dificuldades. Trabalhar nessa lógica proporciona ao profissional maior conhecimento a respeito do usuário e sua família, permitindo atuar nos fatores que podem gerar o adoecimento e facilitando o processo de diagnóstico e tratamento, reduzindo os encaminhamentos para pontos de maior complexidade. A relação de confiança e responsabilidade da equipe em relação aos usuários do serviço é fundamental para o estabelecimento dessa vinculação. Dessa forma, a relação entre o profissional e o usuário torna-se terapêutica (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

2.1.2.4 *Coordenação do cuidado*

Para se desenvolver a integralidade é preciso que o serviço tenha como objetivo tornar o usuário o centro do cuidado em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Os diferentes níveis ou pontos da rede de saúde devem estar interconectados, permitindo o fluxo de informações entre os profissionais. É preciso implementar mecanismos para realizarem a referência e a contrarreferência, ações essenciais para que o profissional da APS possa realizar o gerenciamento do cuidado, enquanto o paciente transita pela rede de saúde (MATTOS, 2004).

Campos (2003) constatou que a atenção à saúde continuava sendo feita de forma fragmentada, com foco na resolução de doenças, sem vinculação com os sujeitos ou territórios; as ações eram centradas no atendimento médico e na utilização de tecnologias duras.

Giovanella et al. (2009) apontaram a necessidade de maior integração entre os serviços primário, secundário e terciário, com o objetivo de facilitar a implementação da coordenação ou gerenciamento do cuidado. Em seu estudo mencionaram que uma das formas

adotadas para promover essa integração foi a implantação de centrais informatizadas de regulação dos serviços. Relataram ainda que, além dos serviços de saúde, é essencial a atuação intersetorial, auxiliando, assim, na resolução dos determinantes que influenciam no processo de saúde-doença. Os autores verificaram que é um desafio constante aos gestores a construção de um serviço colaborativo e resolutivo.

Segundo Mendes (2010), para que fosse possível oferecer atenção integral à população, os diferentes serviços deveriam se organizar em redes de atenção, com objetivo único de promover o cuidado dos usuários de forma cooperativa, sendo que a atenção primária deveria ser a coordenadora do cuidado. Assim, os indivíduos que trabalham na RAS devem ter perfil voltado às necessidades da comunidade, com mecanismos para atualização permanente de conhecimentos, e devem aprender a trabalhar em equipe multiprofissional, desde que sejam ofertados pelo sistema de saúde condições e recursos instrumentais suficientes para o desenvolvimento de sua função, proporcionando cobertura universal e integral à população (OPAS, 2007).

O referido autor ainda apontou problemas em relação aos sistemas de saúde, organizados através de um conjunto de pontos de atenção à saúde que não se comunicavam entre si, comportando-se de maneira fragmentada e impedindo o gerenciamento do cuidado da pessoa pela atenção primária. Os serviços são organizados em níveis hierárquicos com modelos de atenção que têm como foco a doença e o cuidado centrado na figura do médico e nos procedimentos, sem continuidade da atenção, desvinculados dos territórios.

Segundo a OPAS (2011), o sistema de saúde fragmentado gera insatisfação do usuário, impossibilidade da continuidade e coordenação do cuidado, descompasso entre a oferta de serviços e necessidades de saúde da população, assim como acaba onerando todo o sistema de saúde (multiplicação dos serviços e infraestrutura).

Outro obstáculo à integralidade da atenção refere-se à dificuldade de acesso a serviços especializados e especialidades. Viegas e Penna (2013) apontaram a necessidade de que os demais níveis de complexidade se reorganizem para dar suporte às demandas apresentadas pela atenção primária, além de implementar mecanismos para garantir ao usuário a contrarreferência aos profissionais da atenção primária. A contrarreferência é praticamente inexistente em nosso meio, levando à fragmentação da atenção do usuário. O gerenciamento do cuidado depende de informações oriundas dos outros pontos da rede; para que isso se torne realidade, é necessário um sistema adequado de informação, pois sem sua existência a qualidade do cuidado fica comprometida.

As pessoas que necessitam de atenção especializada precisam ter o acesso garantido, através de sistema de regulação de vagas, priorizando-se os casos de maior necessidade a partir de informações fornecidas pelo profissional da atenção básica (referência). Após a resolução do problema na atenção especializada ou na atenção hospitalar, o usuário precisaria ser contrarreferenciado ao serviço de origem, com informações sobre seu estado de saúde (contrarreferência). Esse fluxo de informação permitiria a otimização da atenção dentro de uma rede de serviço (SERRA; RODRIGUES, 2010).

Contudo há problemas para garantir esses pressupostos. Segundo Serra e Rodrigues (2010), os problemas começam com a insuficiência de ofertas de serviços na atenção secundária, a precariedade de informação entre os serviços, a inexistência da contrarreferência, a referência que ainda não fornece informações suficientes para priorização das necessidades em saúde, dificultando ou até mesmo inviabilizando o fluxo de pessoas dentro da RAS. Aliado a isto, observou-se também a inadequação do planejamento da gestão no que se refere ao dimensionamento das necessidades de serviços, insumos e recursos humanos para garantir os serviços demandados.

2.1.2.5 Atenção centrada no indivíduo, na família e na comunidade

Um dos atributos da APS é a centralidade na pessoa e na família (STARFIELD, 2002); portanto, é primordial entender e se associar às famílias para que o trabalho seja resolutivo. A família precisa ser entendida como uma unidade que, sujeita às características de seu ambiente, fornece informações para organização das intervenções em saúde e que participará de todo o processo de recuperação de saúde do indivíduo que a compõe. Desconsiderar o papel e as demandas apresentadas pela família pode comprometer todo o trabalho para recuperação da homeostase do indivíduo. O trabalho com famílias exige do profissional em saúde a aplicação de tecnologias leves e a atitude de se associar ao grupamento familiar.

Para cuidar de pessoas é importante a adoção de ferramentas de abordagem familiar. Elas auxiliam o profissional de saúde a entender o contexto de vida do ser humano, sua rede social de apoio e seus recursos internos. A família, que poderá servir de suporte na resolução de problemas, deve auxiliar a própria pessoa a entender o processo de adoecimento e, conseqüentemente, a encontrar saídas para a recuperação de sua saúde. Segundo Ditterich et al. (2009), a utilização de ferramentas de abordagem familiar auxilia na promoção da saúde, efetivando um dos aspectos da integralidade apresentado por Mattos (2004), que

aponta a importância da adequação das competências dos profissionais de saúde para entender as necessidades do usuário, tanto a verbalizada quanto a não manifestada pela pessoa. A aplicação das mesmas potencializa a vinculação das pessoas à equipe de saúde, auxiliando no cuidado das pessoas ao longo do tempo.

Trabalhar com o ser humano passa pelo reconhecimento sobre o direito que cada um tem de participar da construção do seu cuidado, urdindo, dessa forma, a corresponsabilização do usuário quando à elaboração de um plano de cuidado, favorecendo assim, a adesão ao plano terapêutico. É necessário entender que os indivíduos possuem autonomia na construção do projeto de cuidado, respeitando-se suas peculiaridades de vida (PINTO et al., 2011).

Uma das ferramentas para executar o trabalho com famílias é o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Ele nasceu da necessidade de considerar o usuário como sujeito ativo na elaboração de um plano de cuidados, discutido anteriormente com uma equipe de profissionais, que passaram a se responsabilizar pelo cuidado de sua clientela. O PTS promove o envolvimento da família na elaboração e pactuação das ações a serem implementadas, potencializando o grupamento familiar para o auxílio na adoção das atividades previamente pactuadas (PINTO et al., 2011). A construção de um PTS considera a pessoa, sua história de vida e necessidades, assim como o estabelecimento de uma relação horizontal entre usuário- -profissionais de saúde, podendo colaborar com a construção do cuidado integral do indivíduo.

Trabalhar na ESF depende também da utilização de critérios que identifiquem o grau de risco e vulnerabilidade aos quais as famílias estão expostas. Um instrumento para avaliação de risco apresentado por Savassi et al. (2012) auxilia a organização do trabalho das equipes, otimizando os recursos para dar maior atenção às famílias que apresentaram maior vulnerabilidade.

O trabalho assim organizado pode trazer benefícios também para os profissionais, quando estes aprendem a trabalhar em equipe, a planejar as ações em saúde, a entender a correlação dos determinantes sociais de saúde e a buscar recursos para atuar na melhoria do meio onde as pessoas vivem. Assim, são estabelecidos vínculos entre serviço e comunidade, o que permite a realização de ações de saúde voltadas às necessidades reais da comunidade (MENEZES et al., 2012).

2.2 O processo de trabalho em saúde da família

Trabalhar em saúde da família demanda a adoção de estratégias que irão servir para qualificar o trabalho das equipes. A gestão dos serviços precisa traçar suas ações (planejar), respeitando as singularidades do território onde atuam, definindo, junto aos serviços, as intervenções que devem ser desenvolvidas. Essa forma de organizar o trabalho permitiria o desenvolvimento de ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, voltados aos determinantes sociais do processo saúde-doença, de acordo com as características de uma determinada comunidade (STARFIELD, 2002).

Planificar é uma ação essencial no exercício das funções das equipes, que devem contemplar as demandas apresentadas pela gestão e as demandas do território. A comunidade deveria ser coparticipante do processo de delineamento das ações, validando-o e auxiliando em sua implementação. Dessa forma, aumentariam as possibilidades de se implementarem atividades para satisfazer as necessidades pressentidas ou não pelo grupamento de usuários adscritos ao território, tais como o rastreamento de doenças e ações de promoção à saúde, dentre outras (SARTI et al., 2012).

Estudos mostraram que, de forma geral, as equipes atuam no sentido de atender à demanda, não realizando o delineamento das ações. Foram apontados como fatores que entravaram o processo de planejamento habilidades insuficientes para se trabalhar em equipe, a não participação da comunidade, a baixa utilização de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), a ausência da cultura de planejar ou avaliar o trabalho realizado e a exiguidade de articulação intersetorial (BITTAR et al., 2009; SARTI et al., 2012). No geral, os serviços ainda se estruturam no modelo tradicional, realizando somente o atendimento das pessoas que procuram a unidade de saúde.

Por outro lado, Andrade et al. (2013) relataram que as equipes planejavam as atividades de promoção em saúde sem o envolvimento de todos os membros da equipe e com baixa participação popular. Foi ainda observado o distanciamento da gestão no sentido de providenciar recursos que facilitariam a implementação das ações. Registraram também a importância do planejamento das ações educativas focadas nas necessidades da comunidade, que poderiam, assim, criar condições para a mudança de seus modos de vida.

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) foi implantado em 1998, com o objetivo de sistematizar as informações produzidas por cada uma das equipes de saúde da família, bem como as informações sociossanitárias, as condições de saúde referidas pela população, perfil epidemiológico e fatores de risco, entre outros, tendo sido pactuada a sua alimentação regularmente pelos profissionais da ESF (BITTAR et al., 2009). Essa fonte de dados deveria servir para fornecer às equipes informações para realizarem a análise da

situação de saúde, delineando ações pertinentes com as demandas diagnosticadas de caráter preventivo e curativo. Contudo, permanece como um banco de informações que tem sido pouco utilizado nas rotinas de trabalhos das equipes, principalmente pelo profissional médico (CHAGAS; VASCONCELOS, 2013).

As informações contidas no SIAB são utilizadas pela gestão para avaliar o impacto produzido pelas equipes de saúde, auxiliando na implantação de serviços necessários para o desenvolvimento do trabalho das equipes. Freitas e Pinto (2005) apontaram que os profissionais têm dificuldade no manejo do SIAB (instrumento incompleto), propondo o desenvolvimento de ações de educação permanentes para que todos pudessem se apropriar das informações, utilizando-as no cotidiano do serviço.

A atenção primária deveria implementar atividades de promoção à saúde, que deveriam partir da análise de situação de saúde, devendo-se aliar as pactuações da gestão ao diagnóstico situacional de saúde, a fim de melhorar o nível de vida de sua população. Realizar ações distanciadas dessas necessidades leva a não adesão pelo corpo social ao trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde. Para que isso fosse possível, seria necessário promover a integração da Vigilância em Saúde e da APS, o que permitiria analisar as condições de demanda, direcionando melhor a atenção das equipes de saúde dentro de um determinado território (OPAS, 2011).

Para programar ações de promoção à saúde é importante a realização da escuta dos indivíduos que coabitam o território, devendo-se adotar os dizeres de Paulo Freire (2001), segundo os quais os elementos da comunidade têm conhecimentos prévios, maneira de agir e que para implementar novos conceitos e atitudes é necessário atuar horizontalmente, aliando objetivos do serviço e da população para mudança de hábitos e atitudes que promovam a melhoria da qualidade de vida das pessoas (OPAS, 2011).

A implantação da estratégia de saúde da família aumentou o acesso das pessoas aos serviços de saúde e possibilitou uma maior vinculação usuário-trabalhador; houve um incremento das ações de promoção à saúde e prevenção de doenças baseados nos dados de vigilância em saúde; os profissionais começaram a trabalhar em equipe e a gestão adequou as estruturas físicas e de recursos de tecnologia para garantir a atenção das pessoas. No entanto, segundo Silva et al. (2013), há muito o que melhorar, pois o modelo hegemônico centrado na atenção às doenças, a fraca vinculação intersetorial, a pequena participação popular, a inadequação de recursos humanos e o não enfrentamento dos determinantes sociais em saúde ainda são alguns dos fatores que dificultam a implementação da atenção primária no país.

Segundo Paim et al. (2011), é indiscutível o salto de qualidade no estado de saúde da população brasileira após a implantação do SUS. Houve redução da taxa de mortalidade materno-infantil, redução de internações por causas sensíveis à atenção básica, queda de 15% das internações desde 1999, aumento da cobertura vacinal, houve aumento do acesso da população aos serviços de saúde. Porém, há um longo trajeto a ser percorrido rumo ao modelo idealizado do SUS: o sistema precisa ser readequado e tornar-se uma rede de atenção na qual os indivíduos transitam para resolver suas demandas em busca da plenitude do estado de saúde, tendo como retaguarda uma atenção primária resolutive que estimule a construção do autocuidado, fortalecendo o usuário e as pessoas que realizam o cuidado.

2.3 Formação do profissional de saúde

Campos et al. (2001) relataram uma desarticulação entre as políticas do Ministérios da Saúde e da Educação, e que, apesar de o SUS ser o grande empregador dos profissionais de saúde, tal fato não foi suficiente para impactar nas diretrizes curriculares do ensino superior, o que foi agravado pela ausência de integração entre instituições de ensino e serviço, fortalecendo o distanciamento entre a formação e as necessidades do SUS.

Para trabalhar na lógica da atenção integral, resolutive, equânime e universal, o profissional precisa ter competências desenvolvidas em sua formação que lhe proporcionem um perfil adequado para responder às exigências do SUS. Deve-se destacar que, segundo Almeida- Filho (2011), o SUS é o principal empregador dos profissionais de saúde formados no país, tendo em seu quadro funcional 52% dos enfermeiros, 44% dos médicos, 27% dos dentistas, 11% dos farmacêuticos e 10% dos psicólogos.

No entanto, o sistema de ensino superior ainda não tem conseguido promover a formação de profissionais com perfil humanista, que tenham habilidade para trabalhar em equipe multidisciplinar. Isto provavelmente porque o serviço público não é valorizado, prevalecendo uma formação voltada para resolução das patologias, na valorização das tecnologias médicas e na força de mercado, que ainda confere *status* social ao profissional especialista. Mesmo com a reforma do ensino, há pouca ênfase nas tecnologias relacionais, privilegiando o trabalho individual em detrimento do trabalho em equipe. O saber ainda é considerado algo objetivo, que não deve sofrer influência de fatores subjetivos, embora seja necessária a incorporação da subjetividade na construção do conhecimento. Essa meta deveria ser atingida pelas instituições de ensino superior, desenvolvendo e estimulando senso crítico- reflexivo em seu corpo de discentes, capacitando-os para a implementação de

tecnologias leves, transpondo o modelo reducionista e fragmentado do cuidado às doenças. A formação continua orientada para efetivar o modelo hospitalocêntrico, privatista, privilegiando a especialização e sendo definida por valores de mercado e interesses de indústrias farmacêuticas (MATTA; LIMA, 2008).

Lima et al. (2013) apontaram que é essencial considerar a integralidade na formação dos profissionais, não sendo suficiente cursos com disciplinas integradoras que tenham o discurso centrado no cuidado, mas que não aplicam a integralidade na formação dos profissionais, desconsiderando o aluno em suas necessidades, potencialidades e dificuldades. Para formar um profissional que tenha a postura adequada para aplicar os pressupostos da integralidade da atenção, é preciso que o processo pedagógico seja desenvolvido com esse foco.

Os cursos para formação de profissionais da saúde obedecem às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), que têm como objetivo primordial a formação centrada nos princípios e diretrizes do SUS. Porém, o Ministério da Saúde detectou que os cursos de medicina, enfermagem e odontologia não aderiram plenamente às DCNs, não conseguindo promover a formação de profissionais com perfil humanista e com atitudes crítico-reflexivas para atender às necessidades do SUS, como assinalaram Diehl e Pellegrini (2014). Isso ocorre por diversos fatores, dentre os quais a necessidade de adequação do processo pedagógico e a importância de se considerar o aluno como um sujeito ativo no seu processo de formação.

Oliveira e Koifman (2013) referiram que outro fator complicador no processo de formação dos profissionais está relacionado com o docente. Este não tem formação pedagógica adequada para ensinar, o que é complicado por critérios avaliativos da própria universidade, que tem estimulado mais a produção científica do que o exercício da docência. Nesse artigo, os autores chamam a atenção para a necessidade de se investir na formação de profissionais para o exercício da docência. Aliado a isto, a universidade não tem estabelecido processos de avaliação de qualidade no processo de ensinar; a carreira docente é avaliada somente sob o ponto de vista de publicação de material científico, consumindo o tempo do profissional e, dessa forma, comprometendo a ação de ensino-aprendizagem. No exercício da docência, os profissionais seguem exemplos de professores anteriores ou o exemplo da sistemática do ensino aplicada pela universidade. Assim, provavelmente, o processo de ensino-aprendizagem não é otimizado para formação de profissionais de saúde crítico-reflexivos e humanistas, comprometendo o perfil do egresso.

Com a implantação da ESF, tendo-se como diretriz a reorientação do modelo de atenção à saúde e a integralidade, ampliou-se a necessidade de profissionais com

competências que possibilitem o cumprimento dos atributos da APS. Os profissionais da saúde têm suas atitudes, habilidades e conhecimentos norteados pelo modelo hospitalocêntrico, centrado no atendimento às doenças, com pouca ênfase no desenvolvimento de tecnologias leves (relacionais), dificultando a incorporação de práticas baseadas no cuidado dos sujeitos e na promoção à saúde, ações necessárias à atuação nesse mercado do trabalho – o SUS (GIL, 2006; CAMPOS, 2013).

Cotta et al. (2013) trouxeram em seus estudos a dificuldade que os profissionais apresentavam para realizar a atenção à saúde em contexto ampliado, considerando que seu processo de formação foi fragmentado, dissociado da realidade, privilegiando a utilização de tecnologias duras, dificultando o diálogo entre o aprendizado e a realidade dos serviços. Consideraram essenciais para a construção do conhecimento que os conteúdos estivessem alinhados às necessidades da população.

Para amoldar o perfil dos profissionais às necessidades do SUS, foram necessários grandes investimentos para criação de polos de capacitação, formação e educação permanente em saúde da família (GIL, 2005). Essa foi uma estratégia para readequar os profissionais tanto de ensino superior quanto do ensino médio para atuar na atenção básica; os centros de capacitação eram destinados à formação e educação permanente, sempre procurando se articular às instituições de ensino e às secretarias de saúde, municipais ou estaduais.

Outra proposta do Ministério da Saúde foi a implantação e financiamento de cursos de especialização em Saúde da Família (SF) e a criação de residências multiprofissionais, com a finalidade de se construir e formar profissionais para atender à crescente demanda do SUS. Cursos presenciais de especialização e residências têm a limitação de alcançar um número pequeno de profissionais, impossibilitando a realização de formação de um grande contingente de trabalho, seja pela distância de grandes centros formadores ou por insuficiência de número de vagas. A opção foi a utilização de recursos tecnológicos como a internet, o que permite o alcance de um grande número de pessoas, independentemente da distância (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, a UNA-SUS, desde sua criação, conseguiu congrega 16 instituições de ensino a fim de promover programas de pós-graduação *lato sensu* em saúde da família na modalidade a distância (BRASIL, 2010). Através desse recurso, foi possível a formação de profissionais com competências que têm a potencialidade de atender aos pressupostos da atenção primária à saúde. A UNA-SUS tem a finalidade de democratizar o acesso ao conhecimento, através de cursos não presenciais que se utilizam de metodologias ativas, considerando as necessidades de aprendizado dos trabalhadores em saúde, respeitando ainda o

ritmo de aprendizado do estudante/trabalhador. Desde a sua implantação em 2010, segundo Campos (2013), a UNA-SUS capacitou mais de 15 mil trabalhadores da saúde.

2.4 O Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

As ofertas educacionais da UFMS e Fiocruz – Mato Grosso do Sul se iniciaram em 2009 e hoje contam com importantes parcerias, como a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, a Secretaria de Saúde de Campo Grande e a Associação Sul-mato-grossense de Medicina de Família e Comunidade.

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde e a Fiocruz têm considerado a UNA-SUS uma potente estratégia de formação e adequação de perfil dos profissionais da área de saúde, por possibilitar que a melhoria dos processos de trabalho se dê em larga escala, utilizando-se de tecnologias inovadoras da informação e comunicação, levando a educação permanente aos trabalhadores de saúde junto ao mundo do trabalho de todos eles.

Hoje, em Mato Grosso do Sul, 900 trabalhadores engajados na saúde da família são especialistas na área e atuam nos 79 municípios do Estado. Este curso, que conquistou a adesão de 100% dos municípios, foi considerado de grande vulto, pois obteve esse resultado em três anos de programa de formação a distância (FIOCRUZ-MATO GROSSO DO SUL, 2012).

Como consequência natural da pós-graduação, as instituições mencionadas credenciaram no MEC o programa de pós-graduação *stricto sensu* em Mestrado Profissional de Saúde da Família em Mato Grosso do Sul, que se encontra no lançamento do terceiro edital de alunos trabalhadores.

Na sequência das atividades, Mato Grosso do Sul foi convidado pela UNA-SUS a expandir o curso de especialização aos demais estados da Federação Brasileira. Isto levou à ampliação da oferta da pós-graduação a trabalhadores vinculados ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e ao Programa Mais Médicos nos estados da Bahia, Alagoas, Rondônia, Goiás, Distrito Federal, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. Para tanto, foi necessário estabelecer um programa de formação de tutores EaD e Educação Permanente nestes estados.

Esse curso (CEABSF) faz opção por metodologias pedagógicas dialógicas de ensino-aprendizagem que se baseiam na premissa essencial de que o estudante é um agente ativo do

processo de construção coletiva do conhecimento. O respeito e o resgate dos saberes prévios dos sujeitos constituem um dos princípios pedagógicos utilizados, assim como a utilização dos processos de trabalhos reais vivenciados pelos estudantes.

Nessa concepção, o processo de construção e implementação do curso baseia-se em diversos recursos de aprendizagem: material didático, orientação tutorial presencial e a distância, ambiente virtual de aprendizagem, acompanhamento acadêmico-pedagógico e avaliação.

No empenho de promover o melhor ambiente para a interação, foi implementado acesso a várias ferramentas e ações didático-pedagógicas comprometidas com os objetivos, referenciais teórico-metodológicos, por exemplo: materiais impressos, ambiente virtual de aprendizagem, telefone, correio eletrônico, listas de discussões, fóruns, atividades/exercícios, situações-problema, construção individual e coletiva, trabalho de conclusão de curso gerado a partir do contexto e do processo de trabalho do especializando, resultando na implementação de um projeto de intervenção.

O material didático foi disponibilizado em diferentes meios (impresso, Web), passando atualmente por readequação para assumir o formato de material responsivo (em HTML). Os livros e os guias didáticos realizaram o papel de fio condutor de todo o processo de ensino-aprendizagem. O curso adotou as metodologias ativas por reconhecer a necessidade de fazer a aproximação de conteúdos teóricos com o trabalho vivo em ato nas diferentes comunidades (MERHY, 2002).

2.5 Avaliação

Avaliar é uma ação que deve ser constante em qualquer tipo de intervenção. Seu propósito é fornecer um juízo de valor auxiliando no aperfeiçoamento da ação implantada (HARTZ, 1997; MINAYO, 2011; TANAKA, 2011).

Para Hartz (1997), a avaliação é essencial para medir a efetividade de qualquer ação, pois permitiria constatar se a intervenção atingiu as necessidades diagnosticadas antes do planejamento de uma nova intervenção. Através da emissão de um juízo de valor de uma determinada intervenção, auxiliam-se os diferentes atores a executar ou não uma ação. Para a autora, a avaliação precisa estar contextualizada no ambiente que sofrerá a pesquisa, devendo-se conhecer os fatores que podem dificultar ou facilitar as mudanças almejadas. A avaliação tem objetivos definidos que abrangem quatro aspectos importantes: auxiliar na elaboração e planejamento de intervenções (objetivo estratégico); gerar informações para melhorar uma

intervenção (objetivo formativo); verificar os resultados de uma intervenção definindo se esta deve ser mantida, corrida ou suspensa (objetivo somativo) e trazer novos elementos aos conhecimentos.

Assim, Hartz definiu intervenção como “um conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática” (1997, p. 32).

Pisco (2006) relatou que avaliar é um ato utilizado para verificar a qualidade dos serviços, considerando que há investimento de grandes esforços nesse sentido, e pouco tempo é dedicado para a implantação de novos caminhos para corrigir os problemas detectados por ocasião do processo avaliativo. Este precisa ser partilhado, sendo incorporado ao cotidiano do trabalho e utilizado para desencadear ações que qualifiquem os serviços, o que pode ser extrapolado para a prestação de todos os serviços.

Pierantoni (2008) realizou a avaliação dos cursos de especialização em saúde da família na modalidade presencial, tendo aplicado questionários dirigidos aos coordenadores dos cursos e egressos, abordando a metodologia desenvolvida, material didático, recursos humanos, estruturais e outros, incluindo formação dos coordenadores e tutores dos cursos. Observou-se a afirmação da importância da realização de tais cursos para a implementação de mudanças nas práticas de trabalho, sendo diagnosticados alguns problemas, tais como: baixa adesão dos médicos aos cursos, a falta de docentes com formação específica em saúde da família, a pouca eficiência dos diferentes cursos em relação aos recursos investidos.

Segundo Minayo (2011), a avaliação busca atribuir um valor nos aspectos de eficiência, eficácia e efetividade dos processos de intervenção, implantação, implementação e resultados. Sua utilidade prática tem por finalidade reduzir as incertezas das ações e fornecer elementos para tomada de decisões.

Considera-se que a avaliação é um processo que permite verificar se os objetivos de uma determinada ação estão sendo alcançados, assim como identificar os possíveis entraves ao alcance destes. Com essa relevância, a mesma deve permear toda e qualquer ação que se propõe a alcançar uma determinada finalidade (TAKEDA; TALBOT, 2006; HARTZ, 1997).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Verificar as mudanças nos processos de trabalho dos profissionais que concluíram o CEABSF, tendo como eixo norteador a aplicabilidade dos atributos da APS em seus territórios.

3.2 Objetivo específico

Desenvolver e aplicar instrumento validado a fim de verificar as mudanças no processo de trabalho em diferentes dimensões na atuação profissional na APS.

4 METODOLOGIA

4.1 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob o protocolo nº 1947 (CAAE 0033.0.049.000-11).

4.2 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo observacional, quantitativo, de corte seccional, utilizando fonte de dados primários.

4.3 Período e local da pesquisa

O estudo foi realizado no período compreendido entre os meses de fevereiro a abril de 2014, na cidade de Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

4.4 Sujeitos da pesquisa

Foram convidados a participar desse estudo o universo de egressos das duas primeiras turmas do CEABSF/UFMS, residentes e trabalhadores na cidade de Campo Grande (101 profissionais). Como critério de inclusão, foram considerados aqueles que são trabalhadores da ESF ou que atuaram nesta até 12 meses após o término do curso, sendo excluídos aqueles que atuam na gestão da atenção em saúde/nas unidades básicas de saúde.

Foram utilizadas as respostas de 87 profissionais (n=87), dentre os quais 36 eram cirurgiões-dentistas, 48 enfermeiros(as) e 3 médicos(as). Os demais foram desconsiderados por não obedecerem aos critérios de inclusão.

Dados como tempo de obtenção da graduação e de atuação na ESF, especialidades prévias, sexo e idade não foram utilizados para preservar o anonimato dos participantes da pesquisa.

4.5 Procedimentos para coleta de dados

Os participantes responderam aos questionários 01 e 02, que foram elaborados com o auxílio de especialistas da área de saúde coletiva/metodologia científica, tendo seu conteúdo norteado pela realidade local.

Estes foram coletados nos locais de trabalho dos sujeitos do estudo, através de agendamento prévio. O questionário 01 foi elaborado em escala Likert (5 níveis), um tipo de escala de resposta psicométrica utilizada para verificar o nível de concordância relativo a uma afirmação. Essa escala tem sensibilidade a manifestações de qualidade, capta a oposição entre contrários (níveis de concordância e discordância), gradientes e situações intermediárias (PEREIRA, 2001). Os entrevistados foram orientados a escolher entre diversas opções, assinalando a que mais se aproximava da sua atitude ou opinião. Os diferenciais semânticos utilizados foram: [0] nunca, [1] raramente (quando há tempo), [2] às vezes (se a demanda do paciente exige), [3] frequentemente (em casos programados, em função de risco/vulnerabilidade) e [4] sempre.

Esse instrumento abordou as seguintes dimensões relacionadas aos atributos da APS: o entendimento desta como a porta de entrada do sistema de saúde, a atenção centrada no sujeito, a longitudinalidade das ações e o processo de trabalho (SCOREL et al., 2007). As questões constituintes do instrumento de pesquisa versaram sobre o agir em saúde que está sob a governabilidade dos participantes da pesquisa enquanto trabalhadores em saúde (FRANCO et al., 1999). Não foram questionadas mudanças que envolvam ações de terceiros (recursos materiais/humanos), apesar de não ser possível dissociar completamente estes componentes.

Em seguida, os voluntários responderam a quatro questões objetivas compostas por assertivas de “a” a “e” (questionário 02), as quais admitiam apenas uma resposta e confirmavam ou não as respostas do questionário anterior.

Os dados foram tabulados e submetidos à estatística analítica, considerando-se a significância de 95% ($p < 0,05$). Estatística descritiva foi utilizada para análise das questões objetivas, descrevendo as frequências de distribuição, em porcentagem, de acordo com as respostas dos sujeitos participantes dos estudos.

A soma dos escores do questionário não apresentou aderência à distribuição da curva normal (teste Kolmogorov-Smirnov, $p < 0,05$), o que indicou a execução de testes estatísticos não paramétricos. O Teste de Mann-Whitney (para comparação entre o mesmo grupo, considerando dois momentos diferentes) foi realizado para as questões em escala Likert.

5 RESULTADOS

Todos os questionamentos tiveram diferenças estatisticamente significativas, comparando-se o antes e o depois da realização do CEABSF ($p < 0,05$), conforme Tabelas 1, 2, 3, 4 e Gráfico 1. A tabela 5 apresenta as respostas às questões objetivas.

Observou-se melhora na adequação do microprocesso de trabalho na ESF. Ao se considerar a soma dos escores das respostas *frequentemente* e *sempre* referentes aos principais atributos da APS, a diferença entre o antes e o depois do curso foi significativa.

Em relação ao acolhimento, este era realizado por 33,33% dos profissionais antes do curso e, após o curso, por 82,76% dos profissionais. A utilização das ferramentas de abordagem familiar era realizada por 12,64% e, após o curso, 40,23% passaram a utilizá-las. O gerenciamento das condições crônicas era realizado por 31,03% dos profissionais e, após o curso, por 67,80% destes.

Os egressos passaram a utilizar os dados de vigilância em saúde para planejar as ações de promoção à saúde mudando de 20,70% (antes) para 71,26% após o curso.

Já os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) passaram a ser considerados em suas ações de intervenção por 77,02% dos profissionais, contrastando com o momento anterior ao curso, quando 17,24% trabalhavam com os mesmos.

A EPS passou a ser uma ação presente dentro das equipes de saúde, passando de 16,09%, previamente ao curso, para 71,27% após o curso.

Esses achados são corroborados pelos resultados do somatório dos escores da escala Likert. Antes do curso, a média dos escores foi de 23 pontos ($\pm 6,85$), com coeficiente de variação de 28,65%; valor mínimo de 10 e máximo de 46, mediana de 22 pontos. Após o curso, a média dos escores foi de 39,94 pontos ($\pm 6,10$), coeficiente de variação de 15,27%; valor mínimo de 26 e máximo de 57 pontos; mediana de 41 pontos.

A análise de confiabilidade do questionário 01, com uso do teste Alfa de Cronbach, resultou em $\alpha_1 = 0,6949$ e $\alpha_2 = 0,689$ para as respostas referentes a antes e depois do curso, respectivamente.

Tabela 1 – Frequência das respostas e média (desvio padrão) do somatório dos escores da Escala Likert para a dimensão do acesso ao serviço de saúde (Campo Grande-MS, 2014; n=87).

Questão	Momento do Curso	Nunca (%)	Raramente (%)	Às vezes (%)	Frequentemente (%)	Sempre (%)	Média (DP) do Σ da Escala Likert	p*
Realiza acolhimento da demanda espontânea?	Antes	5,74	31,04	29,89	24,13	9,20	2 (1,07)	<0,0001
	Após	4,59	2,30	10,35	54,02	28,74	3 (0,95)	
As pessoas que não moram em sua área de abrangência são atendidas em sua unidade de saúde?	Antes	11,50	28,73	42,52	11,50	5,75	1,71 (1,01)	0,0009
	Após	6,90	8,04	52,88	19,54	12,64	2,22 (1,00)	

Fonte: própria.

Valores considerados para obtenção da média (DP) do somatório dos escores (Σ) da Escala Likert: Nunca = 0; Raramente = 1; Às vezes = 2; Frequentemente = 3; Sempre =4.

* Valor de p obtido pelo teste de Mann-Whitney.

Tabela 2 – Frequência das respostas e média (desvio padrão) do somatório dos escores da Escala Likert para a dimensão Atenção Centrada na Pessoa (Campo Grande-MS, 2014; n=87).

Questão	Momento do Curso	Nunca (%)	Raramente (%)	Às vezes (%)	Frequentemente (%)	Sempre (%)	Média (DP) do Σ da Escala Likert	p*
Utiliza ferramentas de abordagem individual?	Antes	29,89	43,67	13,80	6,90	5,74	1.14 (1.10)	<0,001
	Depois	10,34	14,94	34,49	24,13	16,10	2.20 (1.19)	
Realiza projeto terapêutico singular?	Antes	49,42	22,98	11,50	9,20	6,90	1.01 (1.27)	<0,0001
	Depois	5,74	13,79	49,42	20,69	10,34	2.16 (0.98)	
Utiliza escala de grau de vulnerabilidade para avaliar as famílias?	Antes	56,32	21,83	16,10	5,75	0	0.71 (0.93)	0,0003
	Depois	13,80	16,10	42,52	17,24	10,34	1.94 (1.14)	

Fonte: própria.

Valores considerados para obtenção da média (DP) do somatório dos escores (Σ) da Escala Likert: Nunca = 0; Raramente = 1; Às vezes = 2; Frequentemente = 3; Sempre = 4.

* Valor de p obtido pelo teste de Mann-Whitney.

Tabela 3 – Frequência das respostas e média (desvio padrão) do somatório dos escores da Escala Likert para a dimensão Longitudinalidade do Cuidado (Campo Grande-MS, 2014; n=87).

Questão	Momento do curso	Nunca (%)	Raramente (%)	Às vezes (%)	Frequentemente (%)	Sempre (%)	Média (DP) do Σ da Escala Likert	p*
Realiza gerenciamento de cuidado de condições crônicas?	Antes	14,95	10,34	43,68	20,69	10,34	2.01 (1.15)	0,01
	Depois	9,20	11,50	11,50	44,82	22,98	2.60 (1.22)	
Consegue referenciar o usuário para outros níveis de atenção?	Antes	9,20	14,95	21,83	49,42	4,60	2.25 (1.06)	0,0005
	Depois	8,04	10,34	18,39	33,33	29,90	2.66 (1.23)	
Consegue comunicar-se com atenção secundária e terciária?	Antes	11,49	17,24	45,97	18,40	6,90	2.25 (1.06)	<0,0001
	Depois	10,35	8,04	22,99	42,52	16,10	2.45 (1.16)	

Fonte: própria.

Valores considerados para obtenção da média (DP) do somatório dos escores (Σ) da Escala Likert: Nunca = 0; Raramente = 1; Às vezes = 2; Frequentemente = 3; Sempre = 4.

* Valor de p obtido pelo teste de Mann-Whitney.

Tabela 4 – Frequência das respostas e média (desvio padrão) do somatório dos escores da Escala Likert para a dimensão Processos de Trabalho (Campo Grande-MS, 2014; n=87).

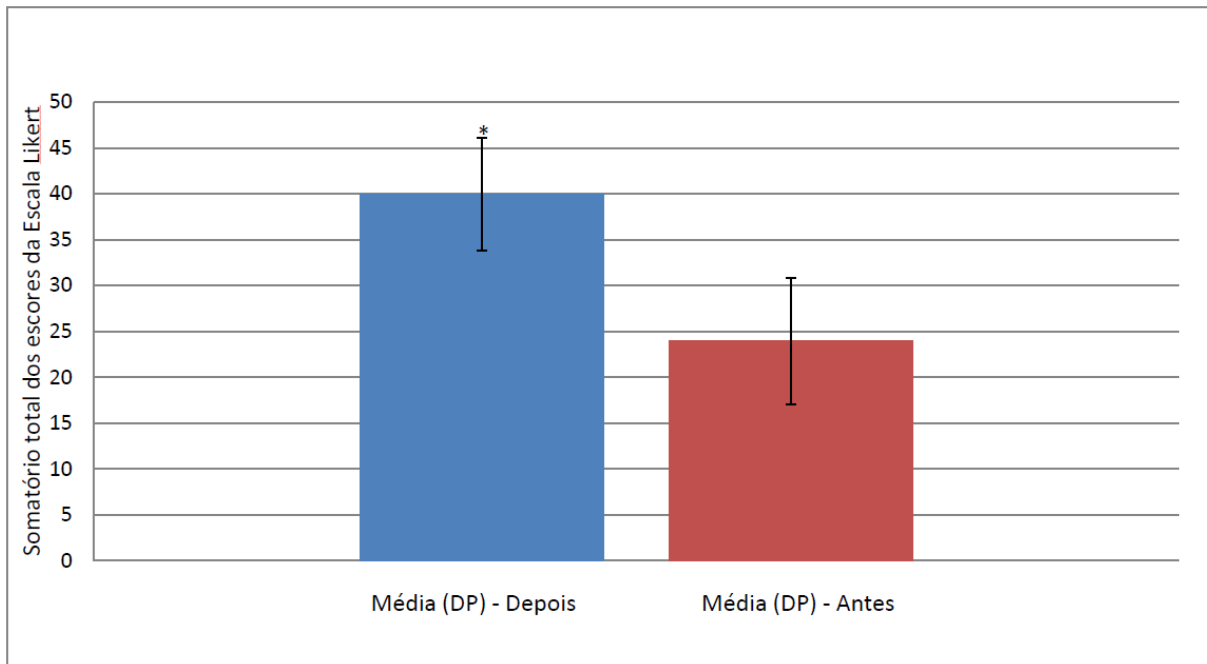
Questão	Momento do Curso	Nunca (%)	Raramente (%)	Às vezes (%)	Frequentemente (%)	Sempre (%)	Média (DP) do Σ da Escala Likert	p*
Você participa de reuniões da equipe?	Antes	6,90	16,10	34,48	18,39	24,13	2.36 (1.21)	<0,0001
	Depois	0	1,15	3,45	26,45	68,95	3.63 (0.61)	
A equipe planeja as ações de promoção à saúde baseadas em dados de vigilância em saúde?	Antes	5,74	41,37	32,19	16,10	4,60	1.72 (0.96)	<0,0001
	Depois	3,46	10,34	14,94	51,72	19,54	3.63 (0.61)	
Você avalia os dados de produção utilizando o SIAB?	Antes	12,65	47,12	24,13	9,19	6,90	1.50 (1.05)	<0,0001
	Depois	1,14	5,74	16,10	56,32	20,70	2.89 (0.83)	
A equipe utiliza dados epidemiológicos para definir as prioridades de trabalho?	Antes	17,25	21,83	42,52	14,95	3,45	1.65 (1.04)	<0,0001
	Depois	2,30	6,90	13,79	58,62	18,39	2.8 (0.88)	
Você trabalha de acordo com as metas pactuadas no seu município?	Antes	20,70	33,33	16,10	21,83	8,04	1.63 (1.25)	<0,0001
	Depois	2,30	9,20	17,24	48,28	22,98	2.8 (0.97)	
A equipe realiza planos de intervenção para melhorar os determinantes sociais de saúde?	Antes	52,87	20,69	9,20	10,34	6,90	.977 (1.29)	<0,0001
	Depois	3,44	6,90	12,64	57,48	19,54	2.82 (0.94)	
Você realiza ações de educação permanente voltadas aos membros de sua equipe?	Antes	21,83	47,12	14,95	10,34	5,75	1.31 (1.10)	<0,0001
	Depois	0	3,44	25,29	45,98	25,29	2.9 (0.80)	

Fonte: própria.

Valores considerados para obtenção da média (DP) do somatório dos escores (Σ) da Escala Likert: Nunca = 0; Raramente = 1; Às vezes = 2; Frequentemente = 3; Sempre =4.

* Valor de p obtido pelo teste de Mann-Whitney.

Gráfico 1 – Média (desvio padrão) do somatório dos escores da escala Likert (antes e depois do curso) para a totalidade do questionário.



Fonte: própria.

* $p < 0,05$, Teste de Mann-Whitney.

Tabela 5 – Frequência relativa e absoluta das respostas às questões objetivas (Campo Grande-MS, 2014; n=87).

Questão	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
O acolhimento é realizado através do seguinte critério:		
a- Escuta qualificada	48	55,17
b- Aplicação de classificação de Manchester	8	9,2
c- Na recepção	10	11,49
d- Qualquer membro da equipe	14	16,09
e- Não realiza acolhimento	7	8,05
Total	87	100
Como era realizado o acolhimento antes do curso?		
a- Escuta qualificada	6	6,9
b- Aplicação de classificação de Manchester	8	9,2
c- Na recepção	39	44,83
d- Qualquer membro da equipe	7	8,05
e- Não realiza acolhimento	27	31,03
Total	87	100
Como são selecionados os pacientes que serão visitados no domicílio?		
a- Através de solicitação do agente comunitário de saúde	19	21,84
b- Através de solicitação do usuário	8	9,2
c- Através de aplicação de escala de grau de vulnerabilidade da população.	47	54,02
d- Não realiza visitas domiciliares	10	11,49
e- Não sei	3	3,45
Total	87	100
Como era realizada seleção de visitas antes da especialização?		
a- Através de solicitação do agente comunitário de saúde	38	43,68
b- Através de solicitação do usuário	23	26,44
c- Através de aplicação de escala de grau de vulnerabilidade da população.	10	11,49
d- Não realiza visitas domiciliares	9	10,34
e- Não sei.	7	8,05
Total	87	100

Fonte: própria.

6 DISCUSSÃO

Analisar uma iniciativa de EPS é desafiador, tendo em vista o caráter multifatorial de sua proposta, os meandros percorridos do planejamento até sua implementação e a diversidade de atores envolvidos. Quando isso ocorre no contexto da ESF, o desafio é ainda maior, considerando sua complexidade, diretrizes e princípios (GIL, 2006).

Nessa perspectiva, assumimos o risco de explorar pontos de vista dos sujeitos implicados com o processo educacional do CEABSF, tendo como eixo norteador a opinião dos estudantes-trabalhadores (enquanto sujeitos do estudo) (MARTINS; NARVAL, 2013). Os pesquisadores, imbuídos de se eximir da tendenciosidade, abordaram os resultados de forma crítico-reflexiva, considerando a historicidade da implantação da ESF no município de Campo Grande (MS).

O teste Alfa de Cronbach define valores acima de 0,7 para instrumentos de maior confiabilidade (FREITAS; RODRIGUES, 2005), o que demonstra que o instrumento utilizado neste estudo possui confiabilidade considerável, tendo em vista que os valores de α ficaram muito próximos a 7 ($\alpha_1=0,6949$ e $\alpha_2= 0,689$). Além disso, dos 101 questionários respondidos, 87 foram aproveitados, correspondendo a 86,13% do universo do estudo, o que supera a preconização de que, para que os resultados sejam representativos, ao menos 75% do universo amostral deve ser considerado (FOWLER, 1990). Tais achados foram corroborados pelo fato de que houve diferença estatisticamente significativa entre as respostas de todos os questionamentos em escala Likert ($p<0,05$). Por outro lado, também avalizam a opção de não ter sido utilizado instrumento previamente validado, com a preocupação de que este pudesse não corresponder às necessidades avaliativas do CEABSF por não abordarem questões centrais referentes à realidade local.

O curso foi importante na adequação das ações voltadas ao acolhimento à demanda espontânea, ação relevante para favorecer o acesso ao serviço (STARFIELD, 2002). Esta ação foi confirmada na questão 1 de múltipla escolha, que indagou como era feito o atendimento da demanda espontânea após o curso, sendo que 55,17% dos egressos apontaram que se utilizam da escuta qualificada para acolhê-la, ao passo que antes do curso 44,83% dos profissionais relataram que a mesma era acolhida na recepção.

O acolhimento, apontado como diretriz operacional que promove a inclusão social, proporciona a vinculação usuário-trabalhador em saúde e auxilia na reorganização dos processos de trabalho (FRANCO et al., 1999). Para que isso possa acontecer, é preciso que haja liberdade para se organizar os processos de trabalho, segundo as necessidades do

território. O excessivo engessamento das rotinas e a definição em nível central da forma de trabalhar tornam mais difícil a operacionalização do acolhimento. Possivelmente, antes da realização do curso, a participação do profissional médico nesse processo era incipiente, o que vem mudando ao longo do tempo (MITRE et al., 2012). Os profissionais estão mais sensíveis às necessidades dos usuários, no entanto as particularidades do serviço, tais como o modelo médico hegemônico, a organização que ainda não se configura como uma rede e a pressão do trabalho são fatores que levam à não efetivação dessa diretriz (o acolhimento), além da falta de preparação dos profissionais para estabelecer um diálogo com a comunidade (MITRE et al., 2012; SILVA et al., 2014).

Em se tratando do acolhimento dos usuários que não pertencem à área de abrangência, não houve um incremento tão grande. A ESF na cidade de Campo Grande, desde sua implantação em 1999, sempre se orientou pela adscrição da clientela, estabelecendo que as equipes deveriam atender os usuários de sua área de abrangência. Os usuários que não pertencessem à clientela adscrita deveriam ser referenciados ao serviço de seu bairro, isso quando a necessidade do usuário fosse procedimento eletivo, à exceção das situações de urgência/emergência. Os outros serviços, tais como imunização, curativos, medicações são realizados independentemente de pertencimento à área de abrangência¹.

Com o intuito de reorientar o paradigma de atenção à saúde (classicamente centrado na doença) para a atenção ao sujeito e seus familiares, faz-se necessária a utilização de ferramentas de abordagem familiar que permitem conhecer o sujeito que apresenta a demanda (quer seja uma doença ou um conflito familiar). A exemplo de outros locais, os profissionais de saúde de Campo Grande, ao adotarem a ESF como cenário de práticas, não estavam preparados para assumir suas funções, principalmente no que se referia a realizar a atenção centrada nas necessidades das pessoas, o que também foi destacado em estudo prévio (CASTRO FILHO et al., 2007).

Aliado a isso, a exigência de produtividade, que em última instância é o parâmetro de qualidade estipulado pela gestão local, dificulta a aplicação dessas ferramentas na atenção à saúde. Outro fator que gera dificuldade é o próprio sistema de registro de consultas, centrado no atendimento de patologias, com códigos de procedimentos voltados aos programas, seccionado, inexistindo na rede pública de Campo Grande o prontuário familiar. Quando da implantação da ESF, à época do curso introdutório, ficou acordado entre gestão e profissionais a utilização do Genograma, uma das ferramentas de abordagem familiar. Com as

¹ Comunicação da autora.

mudanças da gestão de saúde, a formação de outras equipes e o engessamento do processo de trabalho de forma prescritiva, estabelecida pela gestão, a utilização das ferramentas foi se perdendo (comunicação dos autores)².

Ao se avaliar a utilização das ferramentas de abordagem familiar, nota-se que também houve intensificação de sua utilização. Esse dado é significativo, pois revela o reconhecimento da importância da utilização dessas para o empoderamento das pessoas no cuidado à saúde, na adesão aos tratamentos propostos. Para além, tais artefatos permitem que o profissional entenda o contexto no qual os sujeitos se inserem, seu processo saúde-doença e os recursos internos e externos que estes têm para enfrentar possíveis agravos (WAGNER et al., 2004). Trabalhar nessa perspectiva auxilia o profissional a entender e valorizar o potencial que os usuários têm para promover o seu autocuidado, proporcionando maior resolutividade nas intervenções voltadas à dimensão cuidadora do processo saúde-doença (DITERICH, 2009).

De forma não tão evidente, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) foi adotado por parte dos profissionais após o curso. A justificativa para não realização do PTS pode ser atribuída às mesmas características do serviço que dificultam a utilização das ferramentas de abordagem familiar. Nesse aspecto, a elaboração do PTS proporciona a realização do cuidado integral por considerar a singularidade do indivíduo e suas potencialidades para além da doença. Trabalhar nesta perspectiva permite a pactuação de ações de cuidado entre a pessoa e o serviço, assim como permite a integração de uma equipe multidisciplinar na construção de um plano de cuidados (PINTO et al., 2011), o que está de acordo com as diretrizes da ESF (BRASIL 1997).

Outro parâmetro que avalia a qualidade do serviço e torna mais equânimes as ações voltadas aos usuários é a avaliação de grau de vulnerabilidade familiar. A escala de vulnerabilidade familiar foi adotada pelos profissionais para estabelecer a priorização da realização das visitas domiciliares. Nesse sentido, os resultados desse estudo corroboram com o pressuposto de que organizar as ações de saúde privilegiando as pessoas que estão expostas a maior risco auxilia na efetivação da equidade (CAMPOS, 2006).

A análise de risco realizada a partir da realidade dos serviços e do território estimula os profissionais a terem maior responsabilização com a comunidade e otimiza seu tempo de trabalho, dirigindo seus esforços para cuidar das famílias que mais necessitam (NASCIMENTO et al., 2010). Entretanto, há que se tomar o cuidado de não transformar os

² Comunicação da autora.

profissionais em meros classificadores de risco, sendo que esta ação tem a finalidade de selecionar as situações onde é desejável a elaboração de PTS.

O gerenciamento das condições crônicas é um dos atributos da APS. Essa ação permite que o usuário mantenha o vínculo com a equipe de saúde e que com isso tenha maior segurança com os tratamentos instituídos ou indicados em outros níveis de atenção (MENDES, 2011).

Nesse aspecto, considerando os sujeitos do estudo, notou-se que houve incremento do gerenciamento das condições crônicas. O gerenciamento do cuidado depende de como se configura o sistema local de saúde, podendo estar organizado em forma de rede de atenção (o que facilita a comunicação entre os diversos pontos dessa), promovendo a atenção de condições agudas e crônicas, ou estar constituído em níveis hierárquicos, onde não há comunicação entre os níveis de atenção (MENDES, 2011).

Quando o sistema se configura como uma rede, há comunicação e valorização de cada ponto da mesma, que se volta para o cuidado das pessoas. O profissional da APS tem, dessa maneira, condições de gerenciar o cuidado. Apesar disso, sabe-se que em Campo Grande, o sistema, mesmo se denominando como rede de atenção à saúde, encontra-se configurado em níveis hierárquicos fragmentados, com pouca comunicação institucional entre seus componentes, dificultando a comunicação e, conseqüentemente, o gerenciamento do cuidado das condições crônicas³.

Houve melhora no fluxo de encaminhamento dos pacientes para outros pontos de atenção do serviço de saúde do município. Referenciar um paciente a outro serviço é uma ação que depende da organização do fluxo de agendamento estabelecido na rede de atenção à saúde, assim como dos critérios para esse encaminhamento (MENDES, 2011).

Nesse período, em Campo Grande, não houve alteração dos fluxos de agendamento de consultas para as especialidades (comunicação dos autores), talvez esta diferença se deva a maior observação dos profissionais em relação aos pacientes encaminhados, realizando-a quando realmente necessário. Tal conduta só é possível quando o profissional toma para si a postura de gerenciar as condições crônicas, citadas anteriormente.

Houve um aumento na comunicação entre atenção básica e serviços de maior complexidade, devido, possivelmente, à postura de cada profissional em desenvolver estratégias para efetivar este diálogo, tendo em vista que referência e contrarreferência são

³ Comunicação da autora.

ações que convergem para a integralidade do cuidado à saúde, assim como citado por Fratini et al. (2008).

Segundo a Portaria N° 2488 de outubro de 2011, faz parte das atribuições dos profissionais inseridos nas equipes de ESF o planejamento do trabalho junto à equipe, o que ocorre quando seus membros têm a disponibilidade de dialogar sobre as necessidades, dificuldades e planejamento do trabalho (BRASIL, 2011). Tradicionalmente, os enfermeiros se reúnem com os agentes comunitários de saúde para discutir o trabalho. Essa é uma ação já programada dentro do processo de trabalho em Campo Grande.

Nessa perspectiva, houve aumento das participações das reuniões de equipe, o que indica que os demais profissionais (médicos e cirurgiões-dentistas), para além dos enfermeiros, estão aderindo a esse evento. Tal resultado é relevante para se adequarem os processos de trabalho das equipes, respeitando as necessidades dos territórios. Nessa perspectiva, sabe-se que aprender a trabalhar em equipe interprofissional, valorizando os diferentes saberes, é uma das dificuldades na ESF, pois, se os profissionais não interagirem entre si, definindo os objetivos do trabalho e os caminhos a serem percorridos, persistirá o modelo de atenção compartimentalizado, centrado na resolução de problemas de saúde, com baixa intervenção nos processos que levam ao adoecimento (ALMEIDA; MISHIMA, 2001; SARTI et al., 2012).

As ações de promoção e educação à saúde também devem ser realizadas por todos os membros da equipe, sendo priorizadas as necessidades diagnosticadas nos territórios (ALMEIDA; MISHIMA, 2001). As ações verticalizadas, prescritivas, para alcançar indicadores em saúde, não têm o poder de produzir impactos sobre a população-alvo, principalmente se realizadas através da técnica de transmissão de conhecimentos.

Considerando que a maioria dos sujeitos das ações de promoção/educação em saúde é adulta (individualmente ou agrupados), há que se aceitar que estes somente aprendem aquilo que tem sentido em suas vidas (FEIRE, 1987; NOGUEIRA, 2007). Daí a necessidade de que estas ações sejam alinhadas à necessidade dos sujeitos e não ao que o profissional de saúde julga importante para ser abordado.

Além disso, é preciso considerar a realidade da região onde está inserida a equipe, sua cultura, as necessidades da população, o perfil epidemiológico, a fim de planejar as ações voltadas a promover a saúde de seus habitantes (DIEHL; PELEGRINI, 2014). Somente dessa maneira é possível promover saúde de forma a melhorar o perfil de saúde de uma

comunidade. Ações de promoção à saúde desconectadas da realidade dos territórios são atitudes pouco desejáveis e não têm reflexo sobre anseios e necessidades dos sujeitos.

Nesse estudo, verificou-se que houve um aumento na utilização dos dados de vigilância em saúde a fim de se elencarem as necessidades de ações de promoção à saúde nos territórios. Os profissionais mudaram a forma de planejar as ações em saúde, concordando que trabalhar ancorados nos dados da vigilância em saúde permite que a equipe realize seu trabalho com maior resolutividade (ALMEIDA; MISHIMA, 2001; SARTI et al., 2012).

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) foi concebido para ser um instrumento de trabalho para as equipes de ESF. O SIAB passou a ser utilizado por todos os membros da equipe de saúde. Apesar de suas limitações, no município de Campo Grande, os dados são enviados mensalmente à secretaria de saúde para inserção nesse sistema; as devolutivas dessas informações são demoradas (acima de 90 dias), dificultando a sua utilização (comunicação dos autores). Apesar disso, é o sistema de informação ainda operante no município, que será, paulatinamente, substituído pelo e-SUS (ainda em fase incipiente de implementação).

A importância e necessidade de um bom sistema de informação a fim de se traçar de forma fidedigna o perfil epidemiológico de uma área aponta ainda as fragilidades do SIAB por sua incompletude, o que dificulta o planejamento do trabalho em saúde (BITTAR et al., 2009). Ressalta-se que mesmo com limitações, essa ferramenta é um instrumento que serve como base de dados da APS, entretanto é pouco utilizado pelos profissionais das equipes (FREITAS; PINTO, 2005), fato que também foi observado em nosso estudo, mesmo havendo diferença significativa entre os dois momentos da pesquisa.

Houve aumento na utilização dos dados epidemiológicos para definir as prioridades do trabalho. Apesar disso, consideramos essa proporção ainda modesta. O trabalho na secretaria de saúde do município ainda se efetiva de forma fragmentada, não havendo comunicação com o nível central, desencadeando a morosidade na chegada das informações para os profissionais da atenção básica. Não há retorno de boletim mensal sobre as notificações e agravos à saúde. Essa falta de informação dificulta muito e até mesmo inviabiliza a utilização dos dados para o planejamento dos serviços. Junte-se a isso, a inadequação dos instrumentos de coleta de dados, como o SIAB, que aponta para a necessidade de se adotarem estratégias como o georrefenciamento dos sistemas de informação, de modo a permitir o reconhecimento das necessidades dos territórios, potencializando as ações em saúde e a adequação do gerenciamento do processo de trabalho (RITTER et al., 2013).

No contexto local, o município trabalha com os indicadores pactuados com o estado, todas as metas são traçadas em nível central e depois a informação é levada aos profissionais de saúde (SARTI et al., 2012). Um maior número de profissionais passou a trabalhar segundo as metas pactuadas pela secretaria. Esse quantitativo ainda não é o desejável, porém deve-se salientar que é importante e necessário que as pessoas se vejam como protagonistas do processo do planejamento (compartilhado), considerando que todos os atores ajudam no desenvolvimento das ações, diminuindo as forças oponentes às ações planejadas. O distanciamento entre a ação de planejar e quem irá executar o processo desencadeia a não responsabilização pelo que é feito externamente ao serviço (AZEVEDO, 1992), o que pode explicar os dados supracitados.

Quando se analisou a utilização de determinantes do processo saúde-doença pelos profissionais, verificou-se que não houve alteração. Porém, houve um aumento significativo entre os profissionais que responderam que frequentemente realizavam ações para atuar nos determinantes em saúde. Trabalhar com os determinantes em saúde é uma ação que na maioria das vezes depende de mudanças inclusive nas políticas de habitação, saneamento, entre outras, demandando ações intersetoriais. As ações intersetoriais são ainda tímidas, e o setor saúde, isoladamente, não consegue mudar os determinantes sociais em saúde, fazendo com que as equipes se sintam impotentes no enfrentamento destes (SILVA et al., 2013). No entanto, há situações de governabilidade das equipes de saúde, tais como trabalhar mudança de hábitos de vida, atividade física, entre outras, que deveriam ser mais bem exploradas pelas equipes.

A EPS proporciona um espaço para adequação dos saberes e para a análise dos processos que permeiam as ações desenvolvidas pelas equipes. Assim, potencializam a reestruturação dos processos de trabalho, a qualidade da atenção e, principalmente, a mudança de postura dos profissionais de saúde em relação ao próprio trabalho (COTTA et al., 2013), induzindo as respostas às demandas do SUS (SAUPE et al., 2005; CARVALHO; CECCIM, 2006) e fomentando o desenvolvimento de competências nesse sentido (ANDRÉ et al., 2013).

Por se tratarem de ações de EPS para os membros da equipe, não houve mudanças nos resultados. Porém, quando analisamos a resposta no nível frequentemente, houve diferença, demonstrando que os profissionais estão se tornando pró-ativos com o intuito de compartilhar conhecimentos com outros integrantes da equipe. Esse dado deve ser analisado com parcimônia, pois as questões subjetivas de entendimento de EPS devem ser consideradas, o que é limitado em metodologia quantitativa.

Os dados deste estudo desvelam um dos objetivos principais do CEABSF, que é a transformação do microprocesso de trabalho na ESF, analisado sob a ótica do trabalhador, respondendo os princípios da avaliação do processo em saúde (TAKEDA; TALBOT, 2006; HARTZ, 1997).

Nesse alinhamento, consideramos que os dados apresentados suportam, mesmo que parcialmente (pois abordam somente o ponto de vista do profissional em saúde), o eixo do objetivo somativo da avaliação (HARTZ, 1997), corroborando com o fato de que iniciativas de EPS que utilizam a EaD devam ser estimuladas, em nível local e nacional, qualificando os profissionais, a fim de que os atributos da APS (GIL, 2006; BRASIL 2011) sejam contemplados no campo das práticas.

Considerando as limitações de nosso estudo, sugerimos aprofundar a avaliação do CEABSF, o qual vem se sedimentando como iniciativa de EPS no estado de Mato Grosso do Sul, através da EaD, ampliando o acesso à EPS, considerando as peculiaridades do estudante trabalhador. Estudos futuros devem ser realizados na área de abrangência da ESF/com a população adscrita aos egressos, explorando indicadores de saúde (internações por causas sensíveis à APS); a percepção dos usuários e de outros profissionais da equipe de saúde como um todo (agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, auxiliares de saúde bucal, auxiliares de serviços gerais) sobre o processo de trabalho.

Utilizando metodologias quantitativas para análise de dados secundários, e qualitativas para entender o processo de trabalho de forma mais específica e ampla, estudos futuros podem revelar dados que fogem ao poder demonstrativo dos números, considerando-se também possíveis conflitos de interesse, que podem ser velados pela metodologia quantitativa pura.

Somente a adequação do microprocesso de trabalho ainda não é suficiente para responder às demandas apresentadas pela população. Para isto, são necessárias mudanças nas estruturas dos serviços e a formação de uma rede de atenção à saúde convergente para a atenção do usuário. A fragmentação dos diferentes serviços que formam o sistema de saúde no município e a falta de comunicação entre os diferentes níveis deste é fator que compromete a integralidade da atenção. É preciso ainda diminuir a distância entre a gestão e serviços da atenção básica, agilizar o fluxo de informação entre gestão e serviço e adequar as ações em saúde para responder às necessidades dos territórios. A gestão precisa desenvolver mecanismos para medir a atuação das equipes utilizando, continuamente, indicadores de melhoria do estado de saúde da população. É preciso potencializar as ações de planejamento em saúde, fornecendo às equipes condições de implantarem os projetos propostos.

Faz-se necessário criar mecanismos de conexão entre outras secretarias, como a da habitação, educação, trabalho, fortalecendo ações intersetoriais, para que se consiga atuar de forma resolutiva sobre os determinantes sociais em saúde.

Tendo em vista as especificidades do mestrado profissional, e de seu devir, seguem algumas recomendações em relação à implementação de ações futuras de Educação Permanente em Saúde no estado de Mato Grosso do Sul, as quais devem contemplar:

- Planejamento participativo, com o intuito de contemplar necessidades sentidas pelo serviço e pela gestão, as quais poderão ser o objeto de futuros cursos;
- O estímulo ao acolhimento da demanda espontânea e à avaliação criteriosa das necessidades de atendimentos de sujeitos que não pertencem à área de abrangência, de forma rotineira na ESF;
- O fortalecimento da utilização de ferramentas de abordagem individual e do Projeto Terapêutico Singular na ESF;
- A sedimentação do hábito de utilização de escalas de grau de vulnerabilidade para avaliação das famílias e da realização de ações de Educação Permanente em Saúde voltadas para os membros das equipes multiprofissionais de Saúde da Família;
- A realização de ações de Educação Permanente em Saúde voltadas para os membros das equipes multiprofissionais de Saúde da Família;
- O processo de aprendizagem (da gestão, dos trabalhadores, da comunidade, da Universidade) para o entendimento do funcionamento do sistema de saúde local como Rede de Atenção, o qual, em teoria e prática, encontra-se fragmentado.

Nessa perspectiva, nota-se que o movimento da EPS no estado de Mato Grosso do Sul tem ainda muito a contribuir para a melhoria dos serviços de saúde, sendo necessários investimentos nos tópicos supracitados, os quais constituem desafio institucional e social para que sejam atingidos impactos positivos na produção de saúde.

7 CONCLUSÃO

O CEABSF adequou o microprocesso de trabalho da ESF no município de Campo Grande no que se refere à efetivação das competências esperadas dos profissionais que nela se inserem. Instrumentos que não eram utilizados passaram a ser adotados pelos profissionais de saúde, tais como as ferramentas de abordagem familiar, o SIAB, entre outros. Verificou-se que, mesmo de forma incipiente, a análise de dados de produção em saúde e de vigilância passou a servir de fonte de informação para a organização do trabalho.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 5, n. 9, p. 150-153, 2001.
- ALMEIDA-FILHO, N. Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil. **The Lancet**, maio, 2011. Disponível em: <portal.saúde.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista_the_lancet.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2013.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integração da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, 2005.
- ANDRADE, A. C. V.; SCHWALM, M. T.; CERETTA, L. B.; DAGOSTIN, V. S.; SORATTO, M. T. Planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, v. 37, n. 4, p. 439-449, 2013.
- ANDRÉ, A. M.; TRENCH, M. H.; SANTELLE, O. Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas. **Saúde Pública**, v. 1, n. 47, p. 158-163, 2013.
- AYRES, J. R. C. M. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, suplemento 2, p. 11-23, 2009.
- AZEVEDO, C. S. Planejamento e gerência no enfoque estratégico-situacional de Carlos Matus. **Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 8, p. 129-133, 1992.
- BITTAR, T. O.; MENEGHIN, M. C.; MIALHE, F.L.; PEREIRA, A.C.; FORNAZARI, D. H. O sistema de Informação Básica como ferramenta de gestão em saúde. **RFO**, v. 14, n. 1, p. 77-81, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. **MS**, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. **MS**, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. **MS**, 2004.
- BRASIL. Decreto 7385, de 08 de dezembro de 2010. Institui o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde – UMA-SUS, e dá outras providências. Brasília, 08 de dezembro de 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7385.htm> Acesso em: 24 set. 2014.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/legislacao/constituicao_196_200.html> Acesso em: 17 jul. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde- DAB. Portaria nº 2488, de 28 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 (PACS). Brasília, DF. 2011. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em: 17 jul. 2013.

BRASIL. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2013, seção 1, p. 59.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 10, de 11 de julho de 2013. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jul. 2013, seção 1, p. 123.

CAMPOS, G. W. S. Reflexões temáticas sobre Equidade e Saúde: um estudo de caso. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 23-33, 2006.

CAMPOS, F. E.; FERREIRA, J. R.; FEUERWERKER, L.; SENA, R. R.; CAMPOS, J. J. B.; CORDEIRO, H.; CORDONI JUNIOR, L. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 25, n. 2, p. 53-59, maio/ago. 2001.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2013.

CAMPOS, F. E. Formação de profissionais de saúde de alto nível é o compromisso da Universidade Aberta do SUS (UMA-SUS). **REA** (internet), v. 2, n. 3, p. 1-3, 2013.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. **Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva**. 2008. Disponível em: <http://lms.ead1.com.br/upload/biblioteca/modulo_3658/EZIF5GLMKV.pdf> Acesso em: 17 jul. 2013.

CASTRO FILHO, E. D.; GUSSO, G.; DEMARZO, M. M. P.; STEIN, A.; SHCNEIDER, J. C.; DALLA, M. D. B.; ANDERSON, M. I. P.; TAVARES, M. R. G.; RODRIGUES, R. D.; CASTRO FILHO, J. A.; AGUIAR, R. A. T. A especialização em medicina de família e comunidade e o desafio da qualificação para a estratégia saúde da família: proposta de especialização, em larga escala, via educação a distancia. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 3, n. 11, p. 199-209, out./ dez. 2007.

CHAGAS, H. M. A.; VASCONCELOS, M. P. C. Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de saúde da família no município de Rio Branco, Acre. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 377-388, 2013.

COTTA, R. M.; REIS, R. S.; CAMPOS, A. A. O.; GOMES, A. P.; ANTONIO, V. E.; SIQUEIRA- BATISTA, R. Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 1, n. 18, p. 171-179, 2013.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando as dimensões e variáveis para avaliação da atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, suplemento 1, p. 1.029-1.042, 2011.

DIEHL, E. E.; PELLEGRINI, M. A. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. **Saúde Pública**, v. 4, n. 30, p. 867-874, 2014.

DITTERICH, R. G.; GABARDO, M. C. L.; MOYSÉS, S. J. As ferramentas de trabalho com Famílias utilizadas pelas Equipes de Saúde da Família de Curitiba, PR. **Saúde Social**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 515-524, 2009.

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; SENNA, M. C. M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e Contrarreferência: contribuição para a integralidade em saúde. **Ciência, Cuidado, Saúde**, v. 7, n. 1, p. 65-72, 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 11^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREITAS, F. P.; PINTO, I. C. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da Atenção Básica- SIAB. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.13, n. 4, p. 547-554, 2005.

FOWLER, D. T. JR. **Survey research methods**. California: Sage, 1990.

FREITAS, A. L. P.; RODRIGUES, A. G. A avaliação da confiabilidade de questionários: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. In: **XII SIMPEP**- Bauru, 2005.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – MATO GROSSO DO SUL. **Relatório de Gestão-CEABSF**. Fiocruz – Mato Grosso do Sul, 2012.

GARUZI, M.; ACHITTI, M. C. O.; SATO, C. A.; ROCHA, S. A.; SPAGNUOLO, R. S. Acolhimento na estratégia saúde da família: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 35, n. 2, 2014.

GÉRVAS, J.; FERNANDEZ, M. P. Atenção primária forte: fundamento clínico, epidemiológico e social nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. **Brasileira de Epidemiologia**, v. 9, n. 3, set., 2006.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ALMEIDA, P. F.; ESCOREL, S.; SENNA, M. C. M.; FAUSTO, M. C. R.; DELGADO, M. M.; ANDRADE, C. L. T.; CUNHA, M. S.; MARTINS, M. I. C.; TEIXEIRA, C. P. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Caderno de Saúde Pública** Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, 2005.

_____. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.

HARTZ, Z. M. A (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

- LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização das redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.
- LIMA, M. M.; REIBNITZ, K. S.; PRADO, M. L.; KLOH, D. Integralidade como princípio pedagógico na formação do enfermeiro. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 106-113, 2013.
- MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: Contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. 2004. Disponível em: <http://www.uefs.br/pepscentroeste/arquivos/artigos/os_sentidos_integralidade.pdf> Acesso em: 07 ago. 2013.
- MARTINS FILHO, M. T.; NARVAL, P. C. O sujeito implicado e a produção de conhecimento científico. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 646-654, 2013.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.
- MENEZES, A. H. R.; CARDELLI, A. A. M.; VIEIRA, G. B.; MARTINS, J. T.; FERNANDES, M. V.; MARRERO, T-L. Classificação do risco familiar segundo escala de Coelho e Savassi- um relato de experiência. **Ciência, Cuidado, Saúde**, 2012, v. 11, n. 1, p. 190-195, 2012.
- MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- MINAYO, M. C. S. Importância da avaliação qualitativa combinada com outras modalidades de avaliação. **Saúde & Transformação Social**, v.1, n. 3, p. 2-11, 2011.
- MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização do Sistema Único de Saúde na Atenção Básica: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, 2012.
- MORAES, D. R. Revisitando as Concepções de Integralidade. **Revista APS**, v. 9, n. 1, p. 64-72, 2006.
- MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- NASCIMENTO, F. G.; PRADO, T. N.; GALAVOTE, H. S.; MACIEL, P. A.; LIMA, R. C. D.; MACIEL, E. L. Aplicabilidade de uma escala de risco para organização do processo de trabalho em uma Unidade Saúde da Família em Vitória (ES). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2465-2472, 2010.

NEVES, M.; PRETTO, S. M.; ELY, H. C. Percepção dos usuários e trabalhadores de saúde sobre a implantação do acolhimento em uma unidade de saúde em Porto Alegre. **Revista de Odontologia**, UNESP, v. 42, n. 5, 2013.

NOGUEIRA, S. M. A andragogia: que contributos para a prática educativa? 2007. Disponível em: <www.periodicos.udesc.br/index.php/linhas/article/download/.../1039> Acesso em: 04 out. 2014.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 727-733, 2006.

OLIVEIRA, M. A. N. Educação a distancia como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. **Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 5, p. 585-589, set./out. 2007.

OLIVEIRA, G. S.; KOIFMAN, L. Uma reflexão sobre os múltiplos sentidos da docência em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 44, p. 211-218, 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington: OPAS, 2007.

_____. **A atenção à saúde coordenada pela APS**: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: OPAS, 2011.

_____. **Saúde nas Américas**: edição 2012. Panorama regional e perfis de países. Washington: OPAS, 2012.

PAIM, J.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **TheLancet.com**, p. 11-31, maio 2011.

PIERANTONI, C. R. (Org.). **Avaliação de cursos de especialização em saúde da família**. Brasília: PAHO/WHO, 2008.

PINTO, D. M.; JORGE, M. S. B.; PINTO, A. G. A.; VASCONCELOS, M. G. F.; CAVALCANTE, C. M.; FLORES, A. Z. T.; ANDRADE S. A. Projeto Terapêutico Singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 3, 2011.

PISCO, L. A. A avaliação como instrumento de mudança. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 564-576, 2006.

RIBEIRO, L. C. C.; ROCHA, R. L.; JORGE, M. L. R. Acolhimento nas equipes de saúde da família: uma revisão integrativa. **Revista de Medicina Minas Gerais**, v. 23, n. 4, 2013.

RITTER F.; ROSA, R. S.; FLORES R. Avaliação da situação de saúde por profissionais da atenção primária em saúde com base no georreferenciamento da informação. **Saúde Pública**, v. 8, n. 2, 2013.

SAUPE, R.; CUTOLO, L. R. A.; WENDHAUSEN, A. L. P.; BENITO, G. A. V. Competências dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 18, p. 521-536, set./dez. 2005.

SARTI, T. D.; CAMPOS, C. E. A.; ZANDONADE, E.; RUSCHI, G. E. C.; MACIEL, E. L. N. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Caderno de Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 537-548, 2012.

SAVASSI, L. C. M.; LAGE, J. L.; COELHO, F. L. G. A utilização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho-Savassi. **J Manag Prim Health Care**, v. 3, n. 2, 2012.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, suplemento 3, p. 3579-3586, 2010.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221-232, 2013.

STARFIELD, B. **Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO, 2002.

TANAKA, O. Y. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. **Saúde Social**, v. 20, n. 4, 2011.

TAKEDA, S.; TALBOT, Y. Avaliar uma responsabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 569-571, 2006.

TESSER, C. D.; NETO, P. P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 15, suplemento 3, p. 3615-3624, 2010.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, 2013.

WAGNER, H. L.; WAGNER, A. B. P.; TALBOT, Y. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas Equipes de Saúde da Família de Curitiba, Pr. **Bras. Medicina de Família e Comunidade**, v. 1, n. 1, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: **PROCESSO DE TRABALHO DE EGRESSOS DE UM CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: HOUE MUDANÇA?**

O motivo que nos leva a estudar o problema é avaliar em que medida o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família ressignificou a atenção à saúde dos indivíduos residentes nas áreas de abrangência dos egressos do curso; a avaliação é importante por se tratar de ferramenta que pode auxiliar na melhoria do curso e também para justificar a utilização de novas metodologias para realizar Educação Permanente. Os objetivos desse projeto são identificar que mudanças foram promovidas na atenção à população e identificar os entraves à implantação de mudanças no processo de trabalho.

Para participar da pesquisa assine o TCLE e responda ao questionário. Leia atentamente as questões. Você poderá observar que no questionário existem algumas perguntas abertas, não se constranja em respondê-las. Todo o material da pesquisa será mantido em sigilo e sua identidade será preservada. Siga as orientações que constam na página da pesquisa.

Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

O(s) pesquisador(es) irá(ão) tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da UFMS/ Fiocruz e outra com você.

A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira.

Eu, _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. O professor orientador Dr. Alessandro Diogo De Carli e a Mestranda Leika Aparecida Ishiyama Geniole certificaram-me de que todos os dados dessa pesquisa serão confidenciais.

Em caso de dúvidas poderei contatar a mestrand(a) _____ pelo telefone (____) _____ ou o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura do Participante	Data
Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
Nome	Assinatura da Testemunha	Data

APÊNDICE B – Instrumento de Pesquisa

Bloco A – Identificação

- 1- Data de Nascimento: ___/___/___
- 2- Sexo: () Masculino () Feminino
- 3- Graduação em: _____
- 4- Tempo de Formado: ___ anos.
- 5- Trabalha na Estratégia de Saúde da Família? () Sim () Não.
- 6- Há quanto tempo trabalha na equipe atual? ___ anos e ___ meses.

Atenção! Responda às perguntas somente se você trabalha/trabalhou na ESF até 6 meses após o final de sua especialização.

Considerando os conhecimentos adquiridos no curso e sua atuação junto à equipe ESF, responda as seguintes questões:

QUESTÕES	NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
Realiza acolhimento da demanda espontânea?					
As pessoas que não moram em sua área de abrangência são atendidas em sua unidade de saúde?					
Utiliza ferramentas de abordagem individual?					
Realiza projeto terapêutico singular?					
Utiliza escala de grau de vulnerabilidade para avaliar as famílias?					
Realiza gerenciamento de cuidado de condições crônicas?					
Consegue referenciar o					

usuário para outros níveis de atenção?					
Consegue comunicar-se com atenção secundária e terciária?					
Você participa de reuniões da equipe?					
A equipe planeja as ações de promoção à saúde baseadas em dados de vigilância em saúde?					
Você avalia os dados de produção utilizando o SIAB?					
A equipe utiliza dados epidemiológicos para definir as prioridades de trabalho?					
Você trabalha de acordo com as metas pactuadas no seu município?					
A equipe realiza planos de intervenção para melhorar os determinantes sociais de saúde?					
Você realiza ações de educação permanente voltadas aos membros de sua equipe?					

A seguir, responda as questões pensando nas ações que eram realizadas antes de você realizar sua especialização.

QUESTÕES	NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
Realiza acolhimento da demanda espontânea?					
As pessoas que não moram em sua área de abrangência são atendidas em sua unidade de saúde?					
Utiliza ferramentas de abordagem individual?					
Realiza projeto terapêutico singular?					
Utiliza escala de grau de vulnerabilidade para avaliar as famílias?					
Realiza gerenciamento de cuidado de condições crônicas?					
Consegue referenciar o usuário para outros níveis de atenção?					
Consegue comunicar-se com atenção secundária e terciária?					
Você participa de reuniões da equipe?					
A equipe planeja as ações de					

promoção à saúde baseada em dados de vigilância em saúde?					
Você avalia os dados de produção utilizando o SIAB?					
A equipe utiliza dados epidemiológicos para definir as prioridades de trabalho?					
Você trabalha de acordo com as metas pactuadas no seu município?					
A equipe realiza planos de intervenção para melhorar os determinantes sociais de saúde?					
Você realiza ações de educação permanente voltadas aos membros de sua equipe?					

2, O acolhimento é realizado através dos seguintes critérios:

- a) Escuta qualificada;
- b) Aplicação de classificação de Manchester;
- c) Na recepção;
- d) Qualquer membro da equipe;
- e) Não realiza acolhimento.

3. Como era realizado o acolhimento antes de sua especialização?

- a) Escuta qualificada;
- b) Aplicação de classificação de Manchester⁴;
- c) Na recepção;
- d) Qualquer membro da equipe;
- e) Não realiza acolhimento.

4. Como você seleciona os pacientes que serão visitados em seu domicílio?

- a) através de solicitação do agente comunitário de saúde;
- b) através de solicitação do usuário;
- c) através de aplicação de escala de grau de vulnerabilidade da população;
- d) não realiza visitas domiciliares.
- e) Não sei.

5. Como era realizada a seleção de visitas domiciliares antes de sua especialização?

- a) através de solicitação do agente comunitário de saúde;
- b) através de solicitação do usuário;
- c) através de aplicação de escala de grau de vulnerabilidade da população;
- d) não realiza visitas domiciliares.
- e) não sei.

⁴ Sistema de Classificação de Risco de Manchester: protocolo internacional que tem por finalidade a identificação de pacientes que estão em situação de risco de morte. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/rmmg/index.php/rmmg/article/view/520/516>>

ANEXOS

ANEXO A – Protocolo SIGProj

Título: MUDANÇAS NO PROCESSO DE TRABALHO DE EGRESSOS DE UM CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA.

Data de Envio: 27/11/2013, 23h45min

Edital: Edital nº 22-2013 – Dissertações e Teses

164136.671.194654.27112013

ANEXO B – Carta de aprovação

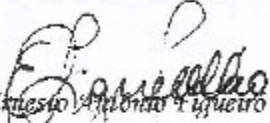


Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Comitê de Ética em Pesquisa / CEP / UFMS



Carta de Aprovação

O protocolo nº 1947 CAPE 0033.0.049.000-11 do Pesquisador Alessandro Diogo de Carli intitulado "Curso de Especialização em atenção básica em saúde da família: análise do processo de construção e implementação", e o seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram revisados por este comitê e aprovados em reunião extraordinária no dia 12 de maio de 2011, encontrando-se de acordo com as resoluções normativas do Ministério da Saúde.


 Prof. Euzébio Antônio Figueiro Filho
 Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS

Campo Grande, 16 de maio de 2011.

Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
<http://www.propp.ufms.br/biblioteca/>
 fone 0XX67 345-7187