



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM E
SAÚDE – NÍVEL: MESTRADO

LIDYANE PARENTE ARRUDA

A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA PERSPECTIVA DA SEGURANÇA DO PACIENTE:
Concepções de trabalhadores e usuários da atenção primária à saúde

FORTALEZA

2014

LIDYANE PARENTE ARRUDA

**A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA PERSPECTIVA DA SEGURANÇA DO PACIENTE:
Concepções de trabalhadores e usuários da atenção primária à saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: Gestão do Trabalho e Gerência do Cuidado Clínico em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof.^a Dra. Consuelo Helena Aires de Freitas

FORTALEZA

2014

LIDYANE PARENTE ARRUDA

**SEGURANÇA DO PACIENTE: Atributo da qualidade na produção do cuidado na Estratégia
Saúde da Família da cidade de Sobral - CE**

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Consuelo Helena Aires de Freitas
Universidade Estadual do Ceará
Presidente

Profa. Dra. Fátima Luna Pinheiro Landim
Universidade de Fortaleza- UNIFOR
Examinador (1º Membro)

Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge
Universidade Estadual do Ceará
Examinador (2º Membro)

Profa. Dra. Adriana Catarina de Souza Oliveira
Universidade Católica de Murcia-Espanha
Examinador Suplente

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Arruda, Lidyane Parente Arruda.

A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA PERSPECTIVA DA SEGURANÇA DO PACIENTE: Concepções de trabalhadores e usuários da atenção primária à saúde [recurso eletrônico] / Lidyane Parente Arruda Arruda. - 2014.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 119 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2014.

Área de concentração: Saúde do adulto.

Orientação: Prof.^a Dra. Consuelo Helena Aires de Freitas.

1. Produção do cuidado. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Segurança do Paciente. I. Título.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, aos meus pais e ao meu irmão que estiveram sempre presente, compartilhando minhas conquistas, angústias e incertezas.

E ao meu noivo Samuel Rodrigues, pelo incentivo e apoio.

Família, essa conquista é nossa!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por estar plenamente em mim e por ser meu maior e melhor companheiro das horas de certezas e incertezas desta caminhada.

Aos meus pais Lidier Arruda e Rosylane Parente, pelo exemplo de vida e de amor incondicional, onde diariamente renunciam dos seus desejos para realizar os meus.

Ao meu noivo e grande amigo, Samuel Rodrigues, pelo incentivo, companheirismo, amor e paciência durante a minha busca por nossos objetivos de vida.

Às famílias Parente, Arruda e Rodrigues, em especial ao meu avô Manuel Arruda (in memoriam), pelos ensinamentos, exemplo de vida e de perseverança.

A professora Consuelo Helena, minha orientadora e amiga por me acompanhar, pelas sábias contribuições que nortearam tanto esta pesquisa quanto a minha vida pessoal e profissional, me incentivando a realizar meus objetivos.

Aos queridos professores do PPCCLIS pela dedicação e pelos ensinamentos, em especial a querida professora Lúcia de Fátima que acreditou em mim, proporcionando a minha participação no seu estimado grupo de pesquisa. Muito obrigada!

As minhas eternas professoras e amigas Antônia Eliana Aragão, Keila Ponte, Andréa Moreira, Fernanda Fontenele, Adelane Monteiro, por acreditarem em mim e pela valiosa contribuição para a concretização dos meus sonhos desde o início da graduação.

Aos membros da Banca Examinadora, Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge e Profa. Dra. Fátima Luna Pinheiro Landim pela disponibilização do tempo dedicado ao enriquecimento deste trabalho.

Aos inesquecíveis colegas de mestrado, especialmente a minha querida amiga Gerliane Queiroz, pelo companheirismo, incentivo e sincera amizade desde os tempos de graduação.

A querida Emiliana Bezerra pela amizade e pela disponibilidade de ouvir e orientar.

Ao estimado Emanuel Martins pela amizade e ajuda valiosa durante a coleta de dados.

A todos os funcionários da Universidade Estadual do Ceará que me auxiliaram, especialmente a querida secretária do PPCCLIS Aline Luiza pela constante disponibilidade em ajudar e simpatia.

A Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico- FUNCAP pela bolsa concedida, que tanto auxiliou para a concretização desta pesquisa.

Enfim, meu muito obrigada a todos os amigos, familiares e colegas de profissão que incentivaram, apoiaram, pelas palavras amigas e pelo carinho que me fortaleceram para esta conquista.

Vocês são a presença viva de Deus na minha caminhada! Muito obrigada!

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Quero agradecer a minha querida professora e orientadora Consuelo Helena por compreender meus anseios e incertezas, limitações e potencialidades, me direcionando para um crescimento pessoal e profissional. Muito obrigada!

“O correr da vida embrulha tudo. A vida é assim: esquenta esfria,aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem”.

João Guimarães Rosa

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como essência uma atenção de qualidade ao ser humano em todas as fases da vida. Ela permeia o processo saúde-doença, tendo a responsabilidade disponibilizar uma assistência de qualidade, por meio da promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos relacionados à saúde, gerando nas pessoas a capacidade de resiliência e autonomia para superação das adversidades. Considerando que as decisões tomadas e as ações realizadas pelos profissionais de saúde ocorrem no contexto da estrutura, políticas e cultura das organizações e sistemas de saúde, a segurança do paciente emerge como possibilidade fundamentada para redução de riscos ou danos associados à assistência à saúde até o mínimo necessário. Com isso objetivou-se investigar a qualidade da assistência na perspectiva da segurança na atenção à saúde na Estratégia Saúde da Família do município de Sobral – CE. Estudo descritivo de natureza qualitativa pautado nas concepções de Minayo (2013), realizado no município de Sobral, Ceará, no período de junho e julho de 2014 por meio de entrevistas semiestruturadas com trabalhadores de saúde e gerentes das unidades básicas de saúde, observação sistemática e grupo focal com usuários. Em cada unidade de saúde foi selecionada, por meio de sorteio, uma equipe de saúde da família. Foram incluídas no estudo equipes completas, em que as unidades estão localizadas na sede do município. Deste modo, foram excluídas do estudo equipes incompletas, em que as unidades estão localizadas nos distritos do município de Sobral. Quanto aos participantes fizeram parte do estudo os trabalhadores de saúde que atuavam na ESF no mínimo 20 horas semanais e na unidade por pelo menos um mês; e usuários adultos que estivessem cadastrados na unidade e residência no território da equipe de saúde por no mínimo um ano. Portanto, fizeram parte da pesquisa 10 equipes da atenção primária, de modo que destas equipes participaram do estudo 8 gerentes, 8 médicos, 11 enfermeiros, 6 dentistas, 2 farmacêuticos, 8 técnicos de enfermagem, 20 agentes comunitários de saúde e 60 usuários. Totalizando 63 participantes para o estudo. A pesquisa respeitou todos os aspectos éticos da resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, sendo considerados os pressupostos da bioética, configurados em sua resolução: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. A pesquisa foi encaminhada para o Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual do Ceará por meio da Plataforma Brasil. Com parecer favorável cujo número de protocolo é 620.430. Foi possível identificar que a produção de cuidado de qualidade é reconhecida como necessária pelos trabalhadores de saúde um cuidado integral, resolutivo, contínuo, fundamentado na comunicação e que atende as necessidades dos usuários. Porém, além de reconhecer estas práticas, os trabalhadores de saúde devem direcionar seus cuidados para estas práticas, visando proporcionar um cuidado seguro. No âmbito da segurança na atenção à saúde foi possível apreender que os trabalhadores reconhecem a segurança no contexto ampliado como confiança, proteção, precaução durante o cuidado em saúde. Ou seja, os trabalhadores de saúde relacionam segurança a resultados positivos do cuidado em saúde e com atributos da inter-relação entre trabalhador de saúde e usuário nos contextos amplos da vida. Portanto, para que se possa prover uma real qualidade nos serviços de saúde com foco segurança do paciente na ESF deve-se compreender os atributos implicados na produção de cuidado na ESF, reconhecer as potencialidades e necessidades do serviço relatadas pelos usuários, articular trabalhadores de saúde, usuários e a gestão visando edificar um NSP que tenha efetividade em suas ações, para que com o decorrer do tempo se possa construir uma cultura de segurança na ESF direcionando para segurança do paciente.

ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) is essentially a quality of attention to the human being at every stage of life. It permeates the health-disease process and are responsible to provide quality care through health promotion, prevention diseases and health-related injuries, creating in people the ability to resilience and autonomy to overcome adversity. Whereas the decisions made and actions taken by health professionals occur in the context of the structure, policies and culture of organizations and health systems, patient safety emerges as a possibility grounded to reduce risk or damage associated with health care to the minimum. With that aimed to investigate the quality of care in safety perspective in health care in the Health Strategy city of Sobral Family -EC. Descriptive qualitative study guided the conceptions of Minayo (2013), held in the city of Sobral, Ceará, between June and July 2014 through semi-structured interviews with health workers and managers of basic health units, systematic observation and focus group with users. In each health unit was selected by lot, a family health team. The study included complete teams, in which the units are located in the county seat. Thus, were excluded incomplete teams, in which the units are located in the city of Sobral districts. The participants were recruited health workers who worked in the FHS at least 20 hours per week in the unit for at least one month; and adult users who were registered in the unit and residence within the health team for at least one year. So were part of the research 10 teams of primary care, so that these teams participated in the study 8 managers, 8 doctors, 11 nurses, 6 dentists, 2 pharmaceutical, 8 nursing technicians, 20 community health agents and 60 users. Totaling 63 participants for the study. The study followed all ethical aspects of Resolution 466 of December 12, 2012, being considered the assumptions of bioethics, set in its resolution: autonomy, non-maleficence, beneficence and justice. The survey was sent to the Research Ethics Committee of the State University of Ceará through Platform Brazil. With a favorable opinion whose protocol number is 620,430. We found that the quality of care production is recognized as necessary by health workers integral care, resolute, solid, based on the communication that meets the needs of users. However, in addition to recognizing these practices, health workers must direct their care for these practices to provide safe care. On safety in health care was possible to understand that workers recognize the security in the extended context of trust, protection, care during health care. That is, health workers related security to positive results of health care and attributes of the interrelationship between health and user worker in larger contexts of life. Therefore, so that we can provide a real quality in health services safely focus on the patient ESF must understand the attributes involved in the care production in the FHS, recognize the potential and needs of the service reported by users, joint health workers, users and management aimed at building a NSP that has effectiveness in their actions, so that with the passage of time one can build a culture of safety in the FHS targeting for patient safety.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama Teórico-Conceitual da articulação da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde.....	26
Figura 2 –Mapa do município de Sobral, Ceará, Brasil.....	38
Figura 3 - Divisão das macroáreas da Atenção Primária à Saúde do município de Sobral- CE.....	39
Figura 4 –Percurso metodológico.....	50
Figura 5 - Espaço de intercessão entre usuários e trabalhadores de saúde.....	74
Figura 6 - Conformação do fluxograma analisador da produção de cuidado.....	78
Figura 7 - Fluxograma analisador da produção de cuidado da ESF.....	78

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –Divisão dos Grupos de Participantes da Pesquisa.....	50
Quadro 2 –Unidades de análise das entrevistas da equipe da Estratégia Saúde da Família.....	51
Quadro 3 –Unidades de análise dos grupos focais.....	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAP's	Caixas de aposentadorias e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IAP's	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OIM	Institute of Medicine
PCAToolBrasil	Instrumento de Avaliação da Atenção Primária
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
NASF	Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família
NSP	Núcleo de Segurança do paciente
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 A TRAJETÓRIA NO ENCONTRO DO OBJETO DO ESTUDO.....	15
2 OBJETIVOS.....	19
2.1 Objetivo Geral.....	19
2.2 Objetivos Específicos.....	19
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
3.1 Estratégia Saúde da Família	20
3.1.1 O surgimento da Estratégia Saúde da Família.....	20
3.1.2 A produção do cuidado na Estratégia de Saúde da Família.....	25
3.2 Compreendendo as perspectivas mundiais da Segurança do paciente no âmbito da Atenção Primária à Saúde.....	31
4 METODOLOGIA.....	35
4.1 Tipo e natureza do estudo.....	35
4.2 Campo empírico da pesquisa.....	35
4.3 Participantes da pesquisa.....	38
4.4 Percurso metodológico.....	39
4.5 Aspectos éticos e legais.....	52
5 RESULTADOS	53
5.1 Necessidades e potencialidades da produção do cuidado: um olhar para a atenção primária à saúde do município de sobral.....	53
5.2- A produção do cuidado da estratégia saúde da família na perspectiva da segurança do paciente.....	77
5.3- Discutir a inter-relação entre o resultado da produção do cuidado e a segurança do paciente na concepção dos trabalhadores de saúde e usuários da ESF.....	88
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	98
REFERÊNCIAS.....	100
APÊNDICE A - Roteiro de diário de campo.....	110
APÊNDICE B- Temário para o Grupo Focal com os usuários.....	111

APÊNDICE C- Roteiro de entrevista para os trabalhadores de saúde de saúde.....	112
APÊNDICE D- Roteiro de entrevista para gerentes.....	113
APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para usuários.....	114
APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais de saúde.....	115
ANEXO A- Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	116
ANEXO B- Declaração da Instituição Coparticipante.....	118

1 A TRAJETÓRIA NO ENCONTRO DO OBJETO DO ESTUDO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como essência uma atenção de qualidade ao ser humano em todas as fases da vida. Ela permeia o processo saúde-doença, tendo a responsabilidade de disponibilizar uma assistência de qualidade, por meio da promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos relacionados à saúde, gerando nas pessoas a capacidade de resiliência e autonomia para superação das adversidades.

A pesquisadora pode vivenciar durante o processo de formação em Enfermagem e Pós-graduação a ESF nos mais complexos âmbitos. Primeiramente, esta vivência ocorreu por meio de aulas práticas e monitorias acadêmicas da disciplina de Saúde Coletiva e Projetos de Pesquisa e Extensão. Durante a monitoria a construção de conhecimentos estava embasada na utilização de metodologias ativas de ensino, por meio de estudos de casos, aulas práticas integrando o ensino ao serviço de saúde, abordagens grupais com os usuários e profissionais de saúde. Esta experiência foi muito importante, pois permitiu a autora vivenciar e despertar para o trabalho do enfermeiro como docente, participar ativamente do processo de formação de enfermeiros, e identificar a formação do capital humano como estratégia primordial para a qualidade dos processos de trabalho na ESF.

A participação no Projeto de Pesquisa e Extensão Avaliação da Atenção Primária em Saúde que tinha objetivo avaliar a ESF do município de Sobral, por meio do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil), proporcionou a autora vivenciar e identificar profundamente as necessidades e potencialidades do serviço de saúde por meio das vivências dos usuários e dos profissionais de saúde. Este momento foi fundamental para que fosse possível despertar na autora a necessidade de um maior aprofundamento de estudos sobre educação, qualidade assistencial, segurança do paciente e satisfação do usuário.

Sabe-se que o trabalhador de saúde ao produzir o cuidado deve estar implicado no processo de ensino - aprendizagem na capacitação de sua equipe de trabalho e na educação em saúde dos usuários para a construção de práticas e saberes no cuidado clínico de saúde no serviço e comunidade.

Apesar da existência de políticas públicas governamentais e municipais estimulando a educação permanente de enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde que compõem a equipe da ESF, foi possível identificar que, muitas vezes, estes profissionais durante a prática no serviço vivenciando momentos complexos que direcionam para a prestação do

cuidado com lacunas estruturais e no processo de cuidado. Lacunas relacionadas a prescrições incorretas de medicamentos, no controle da sala de imunizações, no prontuário familiar, nas orientações aos usuários, na comunicação e comportamento entre os membros da equipe de saúde, gerando em resistência por parte dos mesmos para realização de visitas domiciliares. Isto mostra desarticulação na ESF com a gestão em saúde, insegurança dos profissionais de saúde perante as aquisições da comunidade, enfim, o não alcance das prerrogativas da ESF e Sistema Único de Saúde (SUS).

Para fundamentação de conhecimentos sobre a ESF, durante a monografia de graduação em Enfermagem, a autora realizou uma pesquisa bibliográfica onde foi possível identificar e analisar publicações que relacionavam ESF, Educação na saúde e Enfermagem, e pode constatar que é inerente ao enfermeiro o processo de educação para saúde, sendo este é fundamental para o letramento em saúde dos utentes.

Durante a Especialização em Saúde da Família, as disciplinas contribuíram para articulação de conhecimentos e experiências vivenciadas na ESF possibilitando um maior e melhor aprofundamento nas temáticas: qualidade do atendimento, educação em saúde, educação permanente, segurança do paciente e satisfação do usuário. Porém, a autora sentia necessidade de conhecimentos e pesquisas que lhe proporcionasse e direcionasse para uma prática ampliada de assistência à saúde, voltada para as reais necessidades dos usuários e qualidade no cuidado.

O ingresso da autora no Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, vinculado a Universidade Estadual do Ceará, proporcionou embasamento teórico e filosófico para pesquisar e aprimorar os conhecimentos para os cuidados em saúde. Porém, a vinculação ao Grupo de Pesquisa Saúde do Adulto e Família/CNPq, cuja linha de pesquisa Políticas e Gestão para a Prática Clínica em Enfermagem e Saúde, proporcionaram a oportunidade em obter leituras mais aprofundadas, discussões no grupo acerca da literatura, de pesquisas e estudos para o estado da arte, direcionados para qualidade assistencial, gestão do cuidado e segurança do paciente.

Este processo de formação veio fundamentar e reforçar ainda mais o interesse pelo tema, tornando-se um agradável desafio, onde possibilitou à autora o deleitar-se para aprofundamento na temática.

O trabalho em saúde trata-se de um mundo complexo, dinâmico e criativo, no qual o trabalho prescrito e o trabalho real se confrontam cotidianamente (FARIA, 2010), e a qualidade é definida uma característica de excelência, uma virtude (MICHAELIS, 2013).

A gestão do cuidado em saúde é entendida como a capacidade do profissional de saúde de se utilizar das tecnologias de saúde, para prover uma assistência de qualidade, de acordo com as necessidades individuais do ser humano, nas diferentes etapas da vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia (CECÍLIO, 2011).

O *Institute of Medicine* (OIM, 2001) entende por qualidade de atendimento o grau em que os serviços apresentam resultados de saúde esperados e que estão em consonância com o conhecimento profissional atual. De forma que, para um sistema de saúde ser considerado de qualidade, ele deve atender a seis principais aspectos: segurança do paciente, centralidade no paciente, eficácia, eficiência, oportunidade e equidade.

Estando ciente que a APS por meio da ESF ser a porta de entrada do serviço de saúde no Brasil, e que esta tem como objetivo a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos relacionados à saúde, por meio do cuidado integral, holístico e de qualidade ao ser humano nos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais, torna-se necessário o desenvolvimento de subsídios teóricos e práticos para a articulação de saberes e práticas inovadoras entre profissionais de saúde para uma assistência de qualidade na APS (BRASIL, 2007a).

Considerando que as decisões tomadas e as ações realizadas pelos profissionais de saúde ocorrem no contexto da estrutura, políticas e cultura das organizações e sistemas de saúde (WACHTER, 2013), a segurança do paciente emerge como possibilidade fundamentada para redução de riscos ou danos associados à assistência à saúde até o mínimo necessário (OMS, 2009). Assim, é válido destacar a segurança do paciente como componente primordial para qualidade da assistência a saúde, possibilitando sanar as necessidades e expectativas dos usuários.

Portanto, a segurança do paciente e a qualidade dos cuidados devem ser permeadas por um compromisso político e como uma estratégia central para alcançar transformações e melhores resultados em qualquer área de cuidados de saúde (PEDREIRA, 2011).

Ao pensar em segurança do paciente e em qualidade de cuidados em saúde, a produção do cuidado é reconhecida como um espaço de construção e implementação de cuidados em saúde aos

usuários, portanto, é reconhecida a importância de pesquisas e estudos voltados para a produção do cuidado na ESF.

Após leitura intensa, buscas e levantamentos bibliográficos de publicações nacionais e internacionais sobre segurança do paciente, foi possível identificar que mundialmente as pesquisas avançam rapidamente e evidenciam tanto a carência de qualidade no cuidado em saúde, quanto boas estratégias para inovação e monitoramento da qualidade na atenção à saúde na Atenção primária à Saúde (APS). Porém, ao buscar publicações brasileiras, a autora percebeu a escassez de pesquisas que relacionem segurança do paciente, cultura de segurança e APS, voltadas para o SUS e ESF, que é a efetivação da APS no Brasil.

Entendendo a segurança do paciente um componente fundamental para um cuidado de qualidade (OIM, 2001), tornam-se necessários estudos que possibilitem vislumbrar os aspectos que estão implicados na produção de cuidado dos profissionais de saúde na ESF. Pois, somente permeando os espaços de produção de cuidado em que ocorre a interação entre o ser cuidador e o ser cuidado é que podemos perceber como ocorre a articulação de práticas e saberes.

Diante do exposto, o presente estudo apresenta a seguinte questão norteadora para o processo de investigação: **Como vem sendo produzido o cuidado na perspectiva da segurança na atenção a saúde da Estratégia Saúde da Família do município de Sobral-CE?**

Portanto, para fundamentar e estruturar os aspectos teórico-metodológicos foram construídos os seguintes **pressupostos teóricos**:

1º Pressuposto: A produção do cuidado na Estratégia Saúde da família é pautado no modelo biomédico, cujos preceitos do SUS não estão incorporados pelos profissionais de saúde da ESF. O cuidado em saúde é verticalizado e pouco resolutivo, de modo que a percepção da segurança do paciente dos responsáveis pelo cuidar não condiz com concepções teóricas/científicas vigentes no SUS, dificultando a fundamentação do sistema para uma prática clínica de qualidade.

2º Pressuposto: A condição do usuário na perspectiva da Estratégia Saúde da Família é limitada diante da complexidade e fragmentação imposta pelo sistema de saúde. O ser humano perde a sua autonomia e é instruído pelo trabalhador de saúde a incorporar práticas de saúde mecânicas para obtenção de uma possível qualidade de vida, independente de sua especificidade.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Investigar a qualidade da assistência na perspectiva da segurança do paciente na Estratégia Saúde da Família do município de Sobral – CE.

2.2 Objetivos Específicos

- Analisar a produção do cuidado da Estratégia Saúde da Família na perspectiva da segurança na Estratégia Saúde da Família;
- Discutir a inter-relação entre produção do cuidado e segurança do paciente na concepção de trabalhadores de saúde e usuários da ESF.

3- REFERENCIALTEÓRICO

3.1Estratégia Saúde da Família

3.1.1O surgimento da Estratégia Saúde da Família

O campo da saúde foi e sempre será uma área de desafios e inovações que tem influencia direta na qualidade de vida da humanidade.As políticas de saúde são imprescindíveis para uma saúde de qualidade, pois são responsáveis pelo direcionamento das ações e dos serviços de saúde. Assim, para que se possa reconhecer o modelo de saúde vigente, é necessário resgatar os aspectos históricos.

No Brasil, durante o século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal, e no século XIX, as ações de saúde, influenciadas pelas transformações econômicas e políticas, surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional ea realização de campanhas limitadas (BRAVO, 2006).

No século XX foi quando ocorreu a intervenção estatal mais efetiva no campo da saúde, ou seja, onde os modelos de saúde perpassaram osanitarismo campanhista, na década de 20, assistencial privatista nos anos 80, resultando na implantação do SUS nos anos 90 (GOUVEIA; CENTA, 2000).

Durante o modelo sanitário campanhista o objetivo era sanear as cidades para garantir a economia agrícola(PUSTAI, 2004).

Diante da influencia direta que o adoecimento tinha sobre o processo de trabalho da população, foi identificada a necessidade de consolidar políticas voltadas para sanar esta problemática.Portanto, desenvolveu-se o modelo médico-assistencial privatista paralelamente ao movimento de integração e universalização da Previdência Social, que instituiu na década de 20 as Caixas de aposentadorias e Pensões (CAP's), nos anos 30 aos 60 os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), e posteriormente o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) (MENDES, 1999).

Nesse período a saúde não era direito de toda a população. Só recebia assistência médica quem possuía carteira de trabalho assinada e quem contribuía para a Previdência Social. A outra

parcela da população, ou eram considerados como indigentes ou contavam com ajuda filantrópica (RIZZOTO, 2002).

Foi apenas nos anos 80 no século XX, que a saúde contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, ou seja, a saúde passou a assumir um status político, estando diretamente vinculada aos aspectos democráticos da população brasileira (BRAVO, 2006).

Dos sujeitos que abraçaram a causa “saúde” destacaram-se: profissionais de saúde e suas entidades de classe, o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como auxílio para difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contrapropostas, os partidos políticos de oposição, que viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e a sociedade brasileira, por meio dos movimentos sociais urbanos (BRAVO, 2006). Das propostas debatidas, as principais estavam atreladas a: universalização do acesso; saúde como direito social e dever do estado; reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde; um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; financiamento efetivo e democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão os conselhos de Saúde.

Diante da necessidade de fundamentação e aprimoramento das políticas de saúde no Brasil foi articulada no mês de Março do ano de 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, promovida pelo Ministério da Saúde em Brasília é considerada um marco histórico. Contou com a presença de quatro mil e quinhentas pessoas e os principais temas debatidos foram: saúde como direito a cidadania, reforma no Serviço Nacional de Saúde e no financiamento do sistema (BRAVO, 2006).

Influenciada pelos movimentos políticos e sociais e pela necessidade da população de um sistema de saúde que disponibilizasse uma assistência de qualidade foi elaborada a Reforma Sanitária Brasileira no ano de 1988 (ANDRADE; BARRETO, 2007).

Pain (2013) durante uma reflexão sobre a constituição e o SUS aponta que:

“A Constituição Federal de 1988 incorporou uma concepção de seguridade social como expressão dos direitos sociais inerentes à cidadania, integrando saúde, previdência e assistência. Assimilando proposições formuladas pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira reconheceu o direito à saúde e o dever do Estado, mediante a garantia de um

conjunto de políticas econômicas e sociais, incluindo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), universal, público, participativo, descentralizado e integral”.

Foi por meio da Reforma Sanitária que o SUS constituiu-se legalmente, ou seja, um sistema inovador que disponibilizasse uma atenção à pessoa perpassando todos os âmbitos da vida humana.

A lei 8.080, anuncia a saúde como um direito fundamental do ser humano, sendo responsabilidade do estado prover condições indispensáveis ao seu pleno exercício, formular e executar de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravantes, e estabelecer um sistema de saúde que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde para a população (BRASIL, 1990).

Assim, no ano de 1990 é desenvolvido o SUS, que objetiva a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços. Esta proposta, respalda o sistema de saúde para estruturação de políticas e serviços visando universalidade, integralidade, equidade, participação social, descentralização, hierarquização e regionalização (BRASIL, 1990).

Constitucionalmente o SUS é responsável pela formação de recursos humanos, desenvolvimento científico e tecnológico, para a área de saúde conforme a lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990).

No que concerne ao desenvolvimento mundial no campo da saúde, mas especificamente na atenção primária, ocorreram encontros mundiais marcantes que direcionaram para uma nova perspectiva de saúde, corroborando com o desenvolvimento das políticas de saúde brasileiras.

O primeiro marco histórico para o desenvolvimento das inovações no campo da saúde foi o relatório de Lalonde em 1974 no Canadá, que objetivou “*A new perspective on the health of Canadians*”, ou seja, uma nova perspectiva de saúde para os canadenses. Este informe reconheceu a necessidade de uma assistência à saúde além da cura de doenças e demonstrou que para manutenção da saúde é necessário uma atenção sanitária de qualidade voltada para os aspectos biológicos, ambientais e de estilo de vida (LALONDE, 1981).

Já no ano de 1978, em Alma-Ata, no Cazaquistão, ocorreu a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Na declaração de Alma-Ata é demonstrado enfaticamente que a saúde é um direito humano fundamental e que está na atenção primária e na

atenção a saúde da família a possibilidade da humanidade alcançar um bom nível de saúde (BRASIL, 2002).

A primeira conferência internacional sobre promoção da saúde realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, apresenta em sua Carta de Intenções, que contribuirá de forma eficaz para atingir Saúde para Todos no Ano 2000 e anos subsequentes. Esta conferência demonstrou a saúde como um requisito fundamental para vida e direcionando o mundo para um conceito positivo de saúde, e chamando a sociedade para uma co-responsabilização durante as ações de promoção da saúde (BRASIL, 2002).

Para o desenvolvimento de inovações e aprimoramento da na saúde pública mundial foram acontecendo às conferências subsequentes: em Adelaide, na Austrália em 1988, em Sundsvall, na Suécia em 1991, em Santafé de Bogotá, na Colômbia, no ano de 1992, em Jacarta, na Indonésia, em 1997 e em Genebra, na Suíça, no mês de março de 1998. Estas tinham o objetivo de direcionar e materializar ações amplas de promoção da saúde voltadas para a atenção à saúde com foco na APS (BRASIL, 2002).

No Brasil, o desenvolvimento da atenção primária em saúde ainda não estava estruturado, ainda se identificava ações biomédicas, curativistas e hospitalocêntricas. Porém, foi diante das práticas inovadoras realizadas pelos estados do Paraná, Mato Grosso do Sul e Ceará, com uma abordagem direcionada para uma determinada área de cobertura e ações voltadas para a família, que foi lançado no ano de 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O PACS foi formulado com o objetivo de minimizar a mortalidade infantil no Norte e Nordeste, porém, foram as boas experiências acumuladas pelo estado do Ceará que o Ministério da Saúde visualizou o PACS como uma estratégia inovadora para organização da atenção básica (VIANA; POZ, 1998).

Em função deste contexto, na década de 1990, desenvolveu-se amplo debate entre Governo, intelectuais e sociedade para uma reorganização e refinamento no SUS.

O Brasil influenciado por todas estas perspectivas mundiais de saúde, pelos bons resultados apresentados pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e pela da necessidade de um modelo de atenção à saúde voltada para os cuidados primários a saúde, no dia 27 e 28 de Dezembro de ano 1993 em uma reunião em Brasília é concebido o Programa Saúde da Família (PSF) (VIANA; POZ, 1998).

A partir das diretrizes e princípios do SUS, culminou na criação do PSF, posteriormente adotado como Estratégia de Saúde da Família entendida como:

(...) um rumo à idealização e valorização da prestação de serviços públicos de saúde articulada junto a própria comunidade, não apenas enfocando ações curativas e centradas na doença, mas, em especial, pautado em ações que incidissem sobre determinantes de saúde e promoção de saúde (MORETTI-PIRES, 2012).

A implantação ESF no território brasileiro tem como propósito a reorganização da prática assistencial, substituição ao modelo tradicional da assistência orientado para a cura de doenças e hospital, vislumbrando uma atenção centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico social e do território, possibilitando uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (BRASIL, 1997).

No contexto sobre a implementação do SUS os debates firmaram a perspectiva de que não basta aumentar a disponibilidade e o acesso ao atendimento, mas se pensar que tipo de atendimento é este (MORETTI-PIRES, 2012). Vale destacar, que a ação dos profissionais de saúde de modo isolado, não proporciona suporte necessário para promoção da saúde, proteção e recuperação da saúde, portanto, o comprometimento e autonomia dos usuários na apropriação do sistema de saúde é fundamental.

A unidade de saúde da família é a estrutura da ESF, se caracteriza como um espaço público da atenção básica, vinculado as redes de atenção para disponibilizar uma assistência integral a população (MORETTI-PIRES, 2012).

Os principais objetivos da atenção básica em saúde no Brasil estão embasados na integralidade, qualidade, equidade e participação social (BRASIL, 2013b).

A ESF originou-se na reformulação das prioridades do Ministério da Saúde com relação à Atenção Básica, sendo proposta como caminho para reorganização da atenção à saúde no Brasil com vistas a sua efetivação (MENDONÇA; VASCONCELLOS; VIANNA, 2008).

Durante a identificação e atendimento dos usuários, as equipes Saúde da Família devem estabelecer vínculo com a população, possibilitando compromisso e a corresponsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade (BRASIL, 2013b).

Portanto, a atenção à saúde deve permear todos os aspectos que perpassam o ciclo de vida da população, possibilitando uma assistência de qualidade e atuando na promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos relacionados à saúde.

A integralidade é um princípio norteador do Sistema Único de Saúde, ou seja, é a garantia da assistência à saúde. Diante de tal constatação, a integralidade é reconhecida por ações de promoção da saúde, assistência, reabilitação e direcionamento dos usuários para os outros níveis de atenção à saúde, vislumbrando satisfazer todas as suas necessidades (FREITAS *et al.*, 2010).

O desafio dos profissionais de saúde na atenção primária é o de ampliar fronteiras de atendimento vislumbrando resolubilidade na atenção. Assim, a equipe de saúde da família deve disponibilizar assistência integral, por meio da promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos; diagnóstico, tratamento e reabilitação de adoecimentos aos usuários e famílias no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários, em todas as fases do desenvolvimento humano (BRASIL, 2013b).

3.1.2 A produção do cuidado na Estratégia de Saúde da Família

A Atenção Primária em saúde é entendida como:

“Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações e territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.” (BRASIL, 2012).

No Brasil, a Atenção Primária à saúde é praticada com foco na descentralização, estando localizada em um ambiente estratégico, ou seja, o mais próximo da população. Deve ser o contato preferencial dos usuários do sistema de saúde, a principal porta de entrada e centro de articulação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Portanto, é necessário que ela esteja fundamentada nos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade da assistência, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

Nessa nova abordagem da Atenção no Brasil, as equipes devem atuar de forma integrada nas diversas competências dos profissionais buscando um trabalho multiprofissional, articulando os setores que mediam e interferem nos determinantes socioculturais do processo saúde/doença, fugindo da lógica do atendimento curativo e penas da demanda da Unidade de Saúde da Família (BRASIL, 1997).

A Unidade de Saúde da Família estrutura a ESF. É uma unidade pública de saúde inserida na atenção básica que deve estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta a atenção integral às famílias, devendo ser assegurada a referência e contra referência nos diversos níveis de atenção para a resolubilidade das situações ou problemas encontrados. A unidade deve trabalhar em território de abrangência definido, sendo responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adstrita a esta área (BRASIL, 2007a).

As ações de saúde na ESF devem ser implementadas de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; fundamentadas na gestão do cuidado integral do usuário e coordenadas em conjunto com as redes de atenção (BRASIL, 2012).

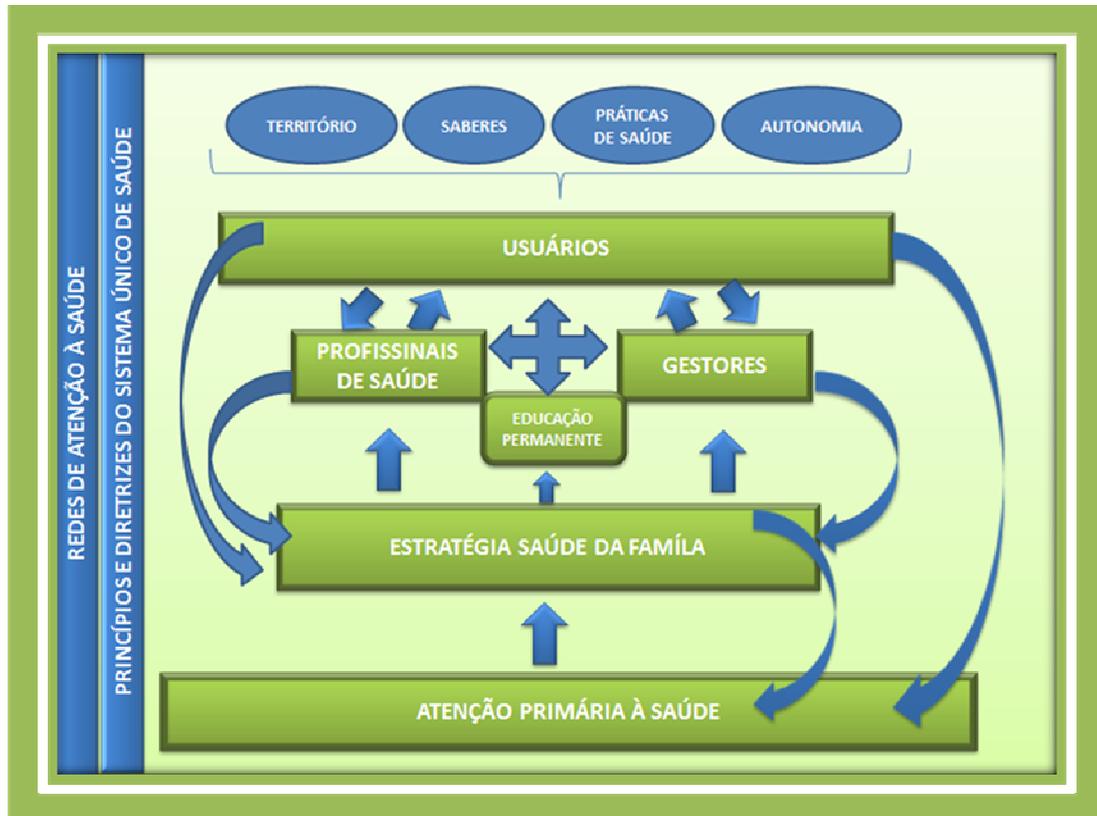
A ESF deve possibilitar uma assistência integral à saúde através da implementação de ações de promoção, proteção, cura, recuperação da saúde e prevenção de agravos; do atendimento da demanda espontânea, da realização das ações de saúde individuais, coletivas e de vigilância à saúde (BRASIL, 2012).

Portanto, tornam-se necessárias pesquisas permeiem os aspectos em que a ESF está inserida para o entendimento da complexidade em que ocorre o “saber-fazer” dos profissionais, direcionando assim, políticas públicas que alcancem as necessidades do sistema.

Para Merhy e Onocko (1997) o trabalho em um centro de saúde é atravessado por distintas peculiaridades, onde não é possível obter estratégias plenamente competentes que consigam “capturar” plenamente o trabalho vivo.

“Quando se chega num lugar como um Centro de Saúde que possui trinta trabalhadores, por exemplo, necessariamente estamos diante de uma dinâmica profundamente complexa se considerarmos o conjunto dos autogovernos em operação, o jogo de interesses organizados como forças sociais, que atuam na micropolítica do processo de trabalho, cotidianamente, e as “cabeças” presentes neste cenário (MERHY; ONOCKO, 1997).

Figura 1 - Diagrama Teórico-Conceitual da articulação da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde.



Fonte: BRASIL, 2012; MERHY; ONOCKO, 1997.

Podemos observar que processo de trabalho em saúde é permeado por distintas lógicas instituintes, onde a produção de cuidado, consumo e necessidades tem uma dinâmica muito peculiar, de modo que gera incerteza sobre o produto final (MERHY, 1997).

Nos serviços de saúde, o trabalho vivo em ato, é o produtor de bens finais, de modo que a produção deste trabalho está diretamente atrelada à capacidade de gestão dos profissionais de saúde (MERHY, 1997).

Portanto, os gestores devem procurar o desenvolvimento não só uma postura eclética sobre os instrumentos de trabalho, mas também vislumbrar e implementar novas possibilidades de ações instrumentais (MERHY, 1997).

Em reflexão dos vinte e cinco anos do Sistema Único de Saúde, Mendes (2013) refere que SUS se caracteriza como a maior política de inclusão social da história do Brasil e que apesar do grande avanço da atenção secundária e terciária, a ESF (que é o modelo de atenção primária

brasileira) tem sido considerada, por sua extensão e cobertura, um exemplo a ser seguido pelo mundo. Porém, ele aponta que, apesar do impacto positivo do SUS para a população brasileira, o sistema ainda possui três grandes desafios: a organização macroeconômica do sistema de saúde no Brasil, a organização microeconômica expressa no modelo de atenção à saúde que pratica e o financiamento.

Outro aspecto que vale destacar é quanto aos desafios do SUS é a implementação da universalização da ESF. O sistema tem em seus princípios o objetivo de uma cobertura universal, porém, está caminhando para um sentido inverso, ou seja, para a segmentação assistencial. De modo que se apresenta em um momento de transição epidemiológica e nutricional, com predomínio das condições crônicas, agudas ou agudizantes (MENDES, 2013).

Eugênio Vilaça Mendes (2013) caracteriza que:

“O desafio está em restabelecer a coerência entre a situação de saúde e a forma de organização do sistema de saúde no plano microeconômico, acelerando as mudanças necessárias que levem à conformação de um sistema integrado que opere de forma contínua e proativa e que seja capaz de responder, com eficiência, efetividade, qualidade e de modo equilibrado às condições agudas e crônicas”.

Portanto, para efetivação das políticas públicas no SUS e incorporação de dos princípios e diretrizes do SUS, é necessário ir além das legislações nacionais e estaduais e municipais. É preciso à incorporação na implementação de políticas, programas e ferramentas para direcionar e fundamentar as ações dos profissionais.

Dentre as políticas, programas e ferramentas atualmente vigentes no SUS vale destacar aqui algumas que apresentam impacto para o processo de trabalho/ produção de cuidado.

A humanização da assistência e da gestão no SUS é uma prioridade inadiável. A Política Nacional de Humanização é uma estratégia marcante para impor de mudança dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde (BRASIL, 2004a). Arelada a esta política foram formulados dispositivos para subsidiar a melhoria do cuidado no campo da saúde. Entre os principais dispositivos, o apoio matricial, clínica ampliada, equipe de referência e o projeto terapêutico singular, se apresentam como fundamentais para subsidiar a melhoria assistencial.

O Apoio Matricial possibilita a organização e ampliação da oferta dos serviços de saúde. Juntamente com a equipe de saúde, favorece para um atendimento voltado para as necessidades de

cada usuário. Portanto, é um dispositivo para organização dos serviços que auxilia as equipes de saúde da família (BRASIL, 2004a).

A Clínica Ampliada se caracteriza como uma modalidade assistencial que tem como principal compromisso o cuidado singular ao sujeito doente, onde o sistema assume a responsabilidade sobre os usuários, articulando-se de modo intersetorial e interdisciplinar para subsidiar um cuidado de qualidade (BRASIL, 2007b).

Entendendo que a qualidade assistencial e a satisfação dos trabalhadores da saúde são reflexos de como a gestão articula este diálogo e aprimora a interação criativa entre profissionais e serviço identifica-se a necessidade da proposta de Equipe Interdisciplinar (de referência) e Apoio Matricial com foco na humanização da gestão e da atenção (BRASIL, 2007b).

A Equipe de Referência se caracteriza como um dispositivo que vai além de um cuidado de qualidade disponibilizado por uma equipe multidisciplinar na ESF. A equipe deve estar putada na interdisciplinaridade e na transdisciplinaridade, ou seja, indo além da responsabilização pelo serviço de saúde e assumindo a essência do trabalho em equipe por meio da divisão de poder gerencial entre os membros (BRASIL, 2007b).

Pensando na perspectiva da rede de atenção e da equipe de referência, vale destacar que:

“A Atenção Básica não encaminha usuários, ela “compartilha” com outros serviços, uma vez que permanece responsável pela sua população adscrito” (BRASIL, 2007b).

Portanto, torna-se necessário um cuidado individualizado e interdisciplinar, pautado nas reais necessidades do ser cuidado.

O Projeto Terapêutico Singular (realizado por meio de quatro fases: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação) fundamenta esta perspectiva por meio das condutas terapêuticas articuladas entre profissionais da saúde, de modo individual ou coletivo, como resultado da discussão coletiva de uma equipe, com o suporte matricial se necessário (BRASIL, 2007b).

Portanto, deve ser realizada uma articulação entre os profissionais, visando o compartilhamento de ações, assistência à saúde interdisciplinar com foco no cuidado em equipe (BRASIL, 2012).

Em 2008, foi criado um novo aparato para Atenção Básica, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

“Os NASF fazem parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo” (BRASIL, 2009).

Por meio da responsabilização compartilhada entre NASF e equipe de saúde da família, o NASF deve colaborar para a integralidade do cuidado com foco na ampliação da clínica, na extensão da capacidade de análise e intervenção nas problemáticas e necessidades de saúde, tanto nos aspectos clínicos quanto sanitários (BRASIL, 2012).

Ao pensar nestes arranjos assistenciais pode-se concluir que cada um com suas peculiaridades e capacidades fundamentam de forma integral as ações dos profissionais e gestores para a qualidade do atendimento.

O SUS tem como o principal desafio a garantia da qualidade da atenção norteada pelos seus princípios. Porém, apesar de todas estas estratégias o Ministério da saúde não possuía um programa que demonstrasse amplamente a realidade vivenciada pelos serviços de atenção primária no Brasil até o lançamento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ).

O PMAQ tem como foco a ampliação da assistência de qualidade dos serviços de saúde do SUS e está sendo desenvolvido em quatro fases (adesão ao programa, auto avaliação, avaliação externa, e reconstrução com a gestão) que se complementam, formando um ciclo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Sendo relevante destacar o processo de trabalho como o principal aspecto avaliado (BRASIL, 2013c).

No que concerne à organização das ações de saúde, embasado no decreto Presidencial nº 7.508 que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) quanto ao planejamento da saúde, à assistência à saúde e à articulação interfederativa foi instituído o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

O COAP se caracteriza como um acordo entre união, estados e municípios vislumbrando a organização e integração das ações e dos serviços de saúde na Região, almejando a garantia da integralidade assistencial. Para que esta qualidade assistencial seja capaz torna-se necessário uma coresponsabilização pela saúde da população entre os municípios circunvizinhos que constituem um

grupamento, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

3.2 Compreendendo as perspectivas mundiais da segurança do usuário no âmbito da Atenção Primária à Saúde

A Segurança do paciente é entendida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário relacionado ao cuidado em saúde, enquanto o erro é definido como uma falha durante a prática clínica de como pretendido ou por uma prática clínica incorreta. Estes são definidos como intencionais e não intencionais, e podem ser realizados de forma mecânica dentro dos serviços de saúde, em certos contextos (RUNCIMAN *et al.*, 2009).

Fatos históricos são relatados no surgimento da preocupação e instituição da segurança na dimensão mundial a partir da explosão da Challenger em janeiro de 1986 e o acidente do reator de Chernobyl, em abril de 1986, a Agência Internacional de Energia Atômica (AIEA) foi a primeira a direcionar no relatório técnico a importância da cultura de segurança nas organizações. Neste caso, a ênfase é direcionada para o porquê dos acidentes, onde as causas de gestão e organização, enraizadas na cultura, tornaram-se focos de estudos (PEREIRA; BARROSO; NETO, 2011).

Portanto, para que a assistência à saúde seja segura e confiável é necessário uma cultura de segurança onde haja um ambiente colaborativo, profissionais qualificados que se respeitem mutuamente, líderes que promovem o trabalho em equipe de qualidade, equipes de saúde que aprendam com os erros, cientes das limitações inerentes ao desenvolvimento humano e que exista um processo de aprendizagem e de melhoria voltado para a qualificação do cuidado (FRANKEL; LEONARD, 2013).

O Comitê Internacional para Segurança Nuclear (INSAG, 1988) fornece a seguinte definição de cultura de segurança:

Produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso e o estilo de uma organização de saúde para a gestão da segurança. Organizações com uma cultura positiva de segurança são caracterizadas por comunicação baseada na confiança mútua, pelas percepções compartilhadas sobre a importância de segurança e pela confiança na eficácia de prevenção medidas.

A cultura de segurança é entendida como a forma mais sistêmica para analisar as razões pelas quais os acidentes ocorrem (PEREIRA; BARROSO; NETO, 2011). De modo que, quando esta cultura está presente nos serviços, os indivíduos sentem-se confortáveis em chamar a atenção para riscos potenciais ou falhas reais sem medo de censura por parte do gestor (WACHTER, 2013).

Halligan e Zecevic (2011) referem que apesar dos inúmeros estudos envolvendo cultura de segurança, ainda é presente entre os pesquisadores divergências relacionadas às dimensões, medidas da cultura de segurança e intervenções destinadas a influenciar mudanças na cultura.

O Brasil atualmente é um dos países que integram a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde em 2004. Esta aliança tem como objetivo instituir medidas para promoção da segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2013a).

De acordo com Bonato (2011) o Governo Federal brasileiro está atuando na perspectiva de desenvolver programas de saúde voltados para ações preventivas e sistêmicas. Tal estratégia vislumbra a diminuição dos investimentos praticados no nível terciário e quaternário e a ampliação e abrangência de ação na sociedade no segmento primário e secundário.

Vale destacar que atualmente o Brasil se juntou a Organização Pan-americana de Saúde para direcionar melhor as ações de segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Tais estratégias estão relacionadas com o desenvolvimento de um Plano Nacional de Segurança do Paciente e qualidade em serviços de que vislumbra a implementação de um conjunto de ações para minimizar os eventos adversos, erros e incidentes nos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

A falta de segurança do paciente é um problema importante e comum, e se caracteriza como um assunto pouco debatido pelas equipes de cuidados primários e centros de saúde (LLAMAS; GÓMEZ; BALBUENA, 2012).

1- Utilizar-se-á a terminologia segurança do paciente e não segurança do usuário, pois a primeira é reconhecida mundialmente e está entre os descritores em saúde proposto pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Muito se pesquisa sobre os princípios básicos dos serviços de saúde para a segurança do paciente, porém, torna-se necessário uma análise profunda das condições, complexidades e dos desafios para efetivação de ações seguras.

A abordagem tradicional dos erros associados aos cuidados em saúde é a de culpar o gestor do cuidado, ou seja, o profissional que oferece atendimento direto ao usuário. Porém, o movimento moderno de segurança do paciente substitui a culpa e a vergonha por uma abordagem de pensamento sistêmico. Esta abordagem reconhece a condição humana diante da possibilidade do erro e enfatiza que a segurança depende da criação de sistemas que antecipem e previnam o erro antes do seu acontecimento (WACHTER, 2013).

Wachter (2013) refere profissionais de saúde sobrecarregados e desmoralizados possibilitarão cuidados inseguros, mesmo que estejam presentes nos serviços comunicações adequadas, políticas estruturadas e sistemas computadorizados eficientes.

Para fundamentar ações de segurança do paciente na ESF na abordagem sistêmica é necessário o aprimoramento da qualidade, por meio do aperfeiçoamento do comportamento humano e dos processos organizacionais dos serviços de saúde.

A *National Patient Safety Agency* (2006), com o objetivo de disseminar informação e formação aos profissionais e pacientes para melhorar a segurança dos pacientes que recebem cuidados de saúde, publicou o Plano Qualidade para o Sistema Público de Saúde que teve como objetivo promover “*Sete passos para segurança do paciente na Atenção Primária*”. Este vislumbra desenvolver uma cultura de liderança, de segurança, e de apoio entre os profissionais; integrar atividade de gerenciamento de risco, promover a notificação em cuidados de saúde primários, envolver e comunicar com os pacientes e do público, aprender e compartilhar lições de segurança e implementar de soluções para evitar danos.

De acordo com Llamas, Gómez e Balbuena (2012), o foco da segurança do paciente na atenção primária deve ser a medicalização, a comunicação entre níveis de atenção, a articulação entre a medicação e as transições de cuidados, a identificação e a resolução precoce dos aspectos de risco, cuidados e procedimentos seguros, o gerenciamento de risco como foco da equipe de cuidados de saúde e a higiene das mãos.

Os autores ainda apontam aspectos cruciais para a incorporação de medidas de segurança do paciente na atenção primária à saúde. Eles referem que: os eventos adversos são comuns, de modo que alguns apesar de evitáveis podem causar sérios danos; a liderança é essencial para a administração e gerências, devendo estar ciente da importância do problema; propostas para melhoria da segurança do paciente a serem incorporadas na APS deve deixar clara a sua utilidade, devendo ser evitadas propostas muito teóricas; os profissionais devem ter atividades que auxiliem a trabalhar a segurança do paciente em ambientes difíceis e complexos; a formação em saúde como oportunidade para melhorar a cultura de segurança do paciente; utilização de relatórios incidentes como indicador de cultura de segurança do paciente; indenizar o paciente pelos danos a ele acometidos e o apoio aos profissionais envolvidos em um evento adverso, pois estes são as segundas vítimas.

4METODOLOGIA

4.1Tipo e natureza do estudo

Estudo descritivo de natureza qualitativa pautado nas concepções de Minayo (2013).

Pesquisas qualitativas são entendidas como capazes de incorporar questões como significados e intencionalidades inerentes das relações e atos dos seres humanos. De forma que, os aspectos que estão implicados na pesquisa qualitativa correspondem ao cotidiano e as experiências das pessoas. É reconhecida como o estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões como resultado de um processo construído pelo homem. Este método permite desvelar processos sociais pouco conhecidos, construir novas abordagens, conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO,2013).

4.2 Campo empírico da pesquisa

A investigação foi realizada na ESF do município de Sobral, Ceará, Brasil. A cidade foi fundada em 1841, abrange uma área de 2.129 quilômetros quadrados, tem uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2010 em 188.233 habitantes, e está a uma altitude de 70 metros acima do nível do mar. O clima é quente e seco, com uma temperatura média de 30 graus centígrados.

A cidade se encontra na região Norte do Ceará, a 235 quilômetros de Fortaleza, e é caracterizada como referencial de crescimento e desenvolvimento econômico do interior do Estado, caracterizando-se como centro de referência, por sua ampla e moderna estrutura nos setores da saúde, educação, comércio, indústria, serviços, lazer, cultura e arte (SOBRAL, 2011).

A população do município estudado reside predominantemente na zona urbana, pois 60.130 das 69.050 residências estão localizadas na sede do município (SOBRAL, 2011).

acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos, planejamento reprodutivo, busca ativa e acompanhamento de pacientes com tuberculose e hanseníase, ações do programa saúde na escola e realização de grupos para promoção da saúde com a população para melhor fundamentação dos atendimentos supracitados.

No que concerne à formação de profissionais da unidade e de futuros profissionais para atuarem no serviço, o município conta com a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia em funcionamento desde 06 de julho de 2001. Esta escola conta com cursos de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Residência Médica de Medicina de Família, Residência Multiprofissional em Saúde Mental, Residência médica em Psiquiatria, além de cursos técnicos e cursos de especialização e de educação permanente para os profissionais das unidades de saúde.

4.3 Participantes da pesquisa

Fizeram parte da pesquisa trabalhadores da ESF e usuários das unidades básicas de saúde da sede do município de Sobral, Ceará.

Foram incluídos os trabalhadores de saúde que atuavam na ESF no mínimo 20 horas semanais e na unidade por pelo menos um mês; e usuários adultos que estivessem cadastrados na unidade e residência no território da equipe de saúde por no mínimo um ano. A aplicação destes critérios de inclusão tornou-se necessário diante da importância da incorporação das ações de saúde prestadas pelos profissionais e da necessidade do usuário integrar as rotinas propostas pela unidade.

Em cada unidade de saúde foi selecionada, por meio de sorteio, uma equipe de saúde da família. Foram incluídas no estudo equipes completas, em que as unidades estão localizadas na sede do município. Deste modo, foram excluídas do estudo equipes incompletas, em que as unidades estão localizadas nos distritos do município de Sobral.

Portanto, fizeram parte da pesquisa dez equipes da atenção primária, de modo que destas equipes participaram do estudo 8 gerentes, 8 médicos, 11 enfermeiros, 6 dentistas, 2 farmacêuticos, 8 técnicos de enfermagem, 20 agentes comunitários de saúde e 60 usuários. Totalizando 63 participantes.

Quando a pesquisadora se referir as equipes completas, deve-se ao seguimento do que preconizado pelo Ministério da Saúde, que são equipes compostas por um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), um cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família e um auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2013d).

Entende-se por usuário aquele que usa, ou seja, é tanto o cliente como o acompanhante do cliente, o familiar do cliente, o trabalhador da instituição, o gerente da instituição e ou gestor do sistema que estejam cadastrados e utilizem a unidade de saúde (BRASIL, 2004b).

4.4 Percurso metodológico

1ª Etapa - Formulação do objeto e da pergunta problema

O presente estudo adotou a seguinte questão norteadora para o processo de investigação: Como vem sendo produzido o cuidado na perspectiva da segurança na atenção a saúde da Estratégia Saúde da Família do município de Sobral-CE?

2ª Etapa - Escolha da bibliografia de referência e as fontes de informação

Para este momento foi selecionado como bibliografia base a Política Nacional de Atenção Básica que direciona a estrutura e o processo que deve permear a Estratégia Saúde da Família e o Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente como apresentado pelo Ministério da Saúde. Porém, também foram realizadas pesquisas e leituras aprofundadas de publicação que possibilitaram a autora um aprofundamento teórico.

3ª Etapa- Construção dos instrumentos para coleta de dados

A construção dos instrumentos de pesquisa teve embasamento teórico e técnico nos objetivos da pesquisa e nos referenciais teóricos utilizados. Foram construídos instrumentos como: roteiro de diário de campo (APÊNDICE A), temário para grupos focais com usuários (APÊNDICE B), roteiro de entrevista para trabalhadores de saúde (APÊNDICE C) e gestores (APÊNDICE D).

4ª Etapa- Organização e realização do trabalho de campo

Inicialmente o projeto de pesquisa foi enviado para a Comissão Científica da Secretaria de Saúde do Município de Sobral-CE. Com a conseqüente aprovação da comissão supracitada o projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) sob o número do parecer 620.430. Portanto, a pesquisa de campo somente teve início após aprovação conforme o parecer (ANEXO A).

Ao chegar às unidades pesquisadas a autora primeiramente realizou encontro com a gerente no intuito de apresentar a pesquisa, realizar um levantamento dos profissionais da unidade e identificar se a unidade e os profissionais se adequavam aos critérios de inclusão e exclusão propostos. Com um levantamento positivo era realizado um sorteio para selecionar a equipe a ser estudada. Depois do sorteio a pesquisadora dava início à coleta de dados de fato. A pesquisadora apresentava a pesquisa aos participantes juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para trabalhadores de saúde (APÊNDICE G), usuários (APÊNDICE F) e Gerentes (APÊNDICE E) foi apresentado, e, logo após a assinatura os participantes assumiam ter ciência da participação na pesquisa, sob os preceitos éticos da Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

A coleta de dados foi realizada no período de Junho e Julho de 2014. Para realização deste momento a pesquisadora estava preparada para conduzir da melhor forma os momentos da pesquisa. Para tanto ela contou com um direcionamento teórico dos procedimentos de pesquisa e instrumentos quantitativos e qualitativos bem fundamentados.

“Uma investigação que pretenda desvendar um objeto de natureza qualitativa deve, obrigatoriamente, prever a utilização de uma estratégia que permita a apreensão dos sentidos dos fenômenos, e, ao mesmo tempo, respeite sua complexidade, riqueza e profundidade” (UCHIMURA; BOSI, 2002).

A seguir a autora descreve como foi desenvolvido e aplicado cada instrumento de coleta de dados.

Observação Sistemática

A observação sistemática é entendida como um método de pesquisa que possibilita uma descrição precisa do evento investigado. Para realiza-la o pesquisador deve utilizar um instrumento

contendo as categorias necessárias para ao estudo. Vale ressaltar que a este tipo de metodologia proporciona a quantificação dos dados devido a sua homogeneidade (LEOPARDI, 2001).

Visando investigar opiniões, comportamentos e valores acerca da qualidade e da segurança, ao adentrar no serviço de saúde, a pesquisadora realizou uma observação sistemática da unidade. Para esta observação foi utilizado um roteiro de diário de campo baseado nos objetivos da pesquisa (APÊNDICE A).

O diário de campo caracteriza-se por um caderno de anotações em que o pesquisador, diariamente, anotou o que observou, e que não se adequa a nenhuma modalidade de entrevista. Nele foram escritas impressões pessoais, observações de comportamentos contraditórios as falas, dentre outros aspectos que possam responder os objetivos da pesquisa (MINAYO, 2010).

A observação sistemática foi realizada diariamente pela pesquisadora, com no mínimo duas e no máximo oito horas diárias de duração. Foram observadas todas as atividades que acontecerem na unidade durante o período da coleta de dados. Ou seja, durante consultas, visitas domiciliares, realização de procedimentos técnicos e em reuniões da unidade.

Utilizou-se a técnica de identificação de saturação de informações para que pesquisadora pare a observação sistemática.

Entrevista com profissionais da equipe

Para perceber a qualidade assistencial com foco na segurança do paciente vivenciada pelos profissionais de saúde foi realizada uma entrevista semiestruturada com todos trabalhadores de saúde compõe a equipe da ESF (APÊNDICE D) e com os gerentes da unidade (APÊNDICE E).

A entrevista foi realizada na UBS com trabalhadores de saúde que compõe uma equipe determinada equipe da ESF e teve duração de em média 20 minutos e foi gravada.

Grupo Focal

Com o objetivo de identificar a vivencia, percepções, conhecimentos e satisfação dos usuários frente à qualidade assistencial e a segurança do pacientes foi utilizado a técnica de grupo focal.

Grupo focal caracteriza-se como um dispositivo de pesquisas qualitativas para gerar e analisar a interação entre os participantes frente a um determinado foco (BARBOUR, 2009). São úteis para análise por triangulação de método, validação de dados, possibilitando gerar perspectivas para futuros estudos (GATTI, 2005).

Para melhor controle, avaliação e direcionamento da pesquisa, foi utilizado durante o grupo focal a figura da pesquisadora e a figura a moderadora.

Minayo (2005) aponta que o apoio de outro pesquisador no campo é essencial para problematizar aspectos emergidos, bem como checar e proceder com o registro das temáticas. Portanto, a pesquisa contará com uma pesquisadora enfermeira, mestranda pelo programa de Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde que é autora da pesquisa e com uma moderadora que é enfermeiro, Mestrando em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, com experiência em pesquisas com grupo focal e que reside no município da pesquisa.

O grupo focal deste estudo foi distribuído em quatro fases.

1º fase- Formulação do objeto de estudo

O grupo focal foi pensado juntamente com este projeto de pesquisa, ou seja, foi realizada durante a fase de definição de objetivos, onde foram direcionados os aspectos a serem analisados durante a realização do grupo.

Para responder aos objetivos propostos por esta pesquisa, a pesquisadora utilizou durante os encontros o temário focal que abordou os seguintes aspectos: Acesso à assistência à saúde, Segurança do paciente, Satisfação e Qualidade do atendimento (APÊNDICE C).

Não foi utilizado o termo produção do cuidado, pois a terminologia entendida pelos usuários é assistência à saúde.

2º fase- Estruturação da abordagem

Para realização do grupo focal a pesquisadora selecionou previamente o local para realização do grupo e preparou o material a ser utilizado em cada encontro.

Gatti (2005) refere que o local dos encontros deve favorecer a interação entre os participantes do grupo e que para a facilitação da abordagem grupal deve-se providenciar crachá para identificação dos participantes, dois gravadores de áudio para obter uma gravação nítida, uma

mesa e cadeiras para proporcionar conforto aos participantes e permitir um melhor arranjo para as anotações do moderador.

3º fase- Composição do grupo

O grupo foi composto por usuários. Foram incluídas no estudo as pessoas que se adequem aos critérios de inclusão desta pesquisa. Portanto, foram selecionados usuários adultos que estejam cadastrados na unidade, que resida no território da equipe de saúde que está sendo estudada por no mínimo um ano e que utilizem os serviços para acompanhamento de sua saúde. Gatti (2005) entende como pesquisa homogênea aquela que possui características comuns entre os participantes. Porém, Minayo (2005) refere que em nenhum grupo a homogeneidade é total. Acredita-se que selecionado usuários atendidos pela mesma equipe compreendem

Os usuários foram convidados pela pesquisadora para participar do grupo nos seguintes momentos: antes ou pós algum atendimento, durante visitas domiciliares ou por meio de visitas da pesquisadora no território da unidade.

4º fase Desenvolvimento do processo grupal

Para o desenvolvimento do grupo focal no primeiro momento foi realizada uma abertura com o grupo. Gatti (2005) aponta que abertura do grupo é um momento crucial para a criação de condições favoráveis para participação de todos os componentes.

Assim, no **primeiro momento** do grupo o moderador apresentou aos participantes a figura do pesquisador e do moderador, a rotina e duração da reunião, explicando o objetivo dos encontros e o sigilo das informações, deixando os sujeitos bem confortáveis frente aos momentos da pesquisa e livres para compartilhar seus pontos de vista (GATTI, 2005). Para facilitar a identificação dos participantes durante a escuta e transcrição das gravações foi solicitado que antes de qualquer pronunciamento os participantes digam seu nome. Porém, os participantes só iniciavam a participação no grupo após o esclarecimento e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE F).

No **segundo momento** do grupo o moderador dava início efetivamente o grupo focal. Assim, para entrar no tema da pesquisa, primeiramente era realizada uma introdução. Ou seja, o moderador solicitará que cada participante faça um comentário geral sobre o assunto do temário

focal (APÊNDICE C) que está programado para a primeira reunião. A partir deste momento a troca conhecimento e vivências entre os membros do grupo começa a se efetivar.

O moderador durante a introdução propunha algum tópico mais específico, previsto em seu roteiro e iniciava o aprofundamento das discussões. Outra estratégia relevante utilizada pelo moderador para direcionar melhor a produção de conhecimentos, foi utilizar o que foi dito pelo grupo para dar continuidade na discussão (GATTI, 2005).

Logo após os encontros foi realizada uma avaliação do material coletado, assim, no momento em que foi identificado as respostas para as problemáticas pesquisadas e quando as questões acerca da pesquisa começam a se repetir os encontros do grupo focal foram finalizados (MINAYO, 2008). Vale destacar que os conhecimentos emergidos durante os encontros de cada grupo focal foram compilados, portanto, serão evidenciados nesta pesquisa os conhecimentos, sentimentos e práticas do grupo.

Descrição das sessões de grupo focal realizadas em Unidades da Atenção Primária do município de Sobral, Ceará.

GRUPO 1: Foi realizado na sala de acolhimento da unidade 1 e contou com a participação de sete mulheres usuárias da unidade. Foi possível identificar que a população tem o olhar voltado para a figura do médico diante da pouca resolubilidade do atendimento dos profissionais de enfermagem.

GRUPO 2: Participaram do grupo cinco mulheres usuárias da unidade 2. O grupo aconteceu em um consultório pela ausência de um espaço para realização de abordagens grupais na unidade. As usuárias relatam um bom atendimento tanto dos profissionais de enfermagem como dos médicos, porém apontam a necessidade da continuidade da assistência para a resolubilidade dos problemas de saúde.

GRUPO 3: O grupo foi composto por seis mulheres e ocorreu na sala do dentista, pois a unidade 3 não possui um espaço para realização de abordagens grupais e esta era o único espaço que no momento estava sem atendimento. Foi possível identificar que a falta de médico ainda é um problema que assola a atenção à saúde e que as participantes se sentem inseguras com o atendimento da unidade diante da baixa continuidade assistencial no âmbito de consultas especializadas, exames e cirurgias.

GRUPO 4: Na unidade 4 o grupo focal aconteceu na sala de acolhimento e contou com a participação de cinco mulheres. As usuárias apontam para a existências de barreiras para se ter acesso a assistência à saúde. Tais barreiras estão relacionadas as pessoas que logo na chegada à unidade de saúde atendem os usuários e direcionam o cuidado, a falta de medicamentos e a necessidade de continuidade do cuidado a ser direcionado pela unidade e disponibilizado pelo sistema de saúde.

GRUPO 5: O grupo focal na unidade 5 aconteceu na sala de acolhimento. Participaram do grupo sete mulheres. No relato das participantes é possível identificar a necessidade dos agentes comunitários de saúde visitar as residências da população e de um cuidado de maior qualidade da unidade a ser disponibilizada pelos médicos e pela enfermagem.

GRUPO 6: Participaram do grupo focal que ocorreu na sala de acolhimento da unidade 6 seis mulheres. As usuárias relatam a insatisfação com o atendimento na unidade, pois a baixa qualidade na assistência à saúde é evidenciada pela necessidade de resolubilidade e insegurança no cuidado em saúde.

GRUPO 7: A unidade 7 contou com a participação de oito mulheres no grupo focal. As usuárias referem à ausência da visita do agente comunitário de saúde e apontam que o atendimento logo que chagam a unidade é de péssima qualidade, pois as pessoas que trabalham no SAME dificultam o processo assistencial tratando mal os usuários. Quanto ao cuidado dos profissionais de saúde elas referem ser bom, mas que a resolubilidade do problema de saúde depende da equipe. Apontam também a necessidade da continuidade da assistência por meio de consultas com especialistas e cirurgias.

GRUPO 8: O grupo focal na unidade 8 foi composto por seis usuários, sendo cinco mulheres e um homem. Eles relatam que o atendimento na unidade de saúde é de baixa qualidade e demonstram insatisfação e insegurança diante necessidade de visitas dos agentes comunitários de saúde, do mau tratamento das pessoas que atendem no SAME e da escassez de exames e consultas especializadas.

GRUPO 9: Participaram do grupo na unidade 9 cinco mulheres. Elas apontam para a qualidade da assistência de enfermagem e médica na unidade, porém relatam que se sentem prejudicados pela dificuldade em marcar exames e consultas ficando muitas vezes em risco pela demora ou ausência dos mesmos.

GRUPO 10: O grupo 10 foi composto por seis mulheres e aconteceu no consultório de enfermagem. As usuárias referem que a assistência de enfermagem e médica é de qualidade, porém ressaltam que a dificuldade em conversar com os recepcionistas da unidade se caracteriza como uma barreira importante para o acesso à assistência à saúde.

5º Etapa- Análise das informações coletadas:

Para análise dos dados utilizou-se a análise de conteúdo por meio da análise temática, como proposto por Minayo (2013).

A análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que emergem em uma comunicação, cuja presença tenha significado para o objeto analisado (MINAYO, 2013).

I-Pré-análise

Ocorreu durante o primeiro contato com os dados brutos, onde foram realizadas as transcrições dos materiais empíricos, de modo que todas as palavras citadas foram transcritas na íntegra e cada participante da pesquisa recebeu um código para que seja assegurado o anonimato. Na medida em que as transcrições foram lidas, foi introduzido colchetes para demonstrar as falas. Logo após foi realizada uma leitura e releitura do material, visando um mapeamento horizontal do material empírico e organização dos dados que foram divididos em três momentos.

Primeiro momento: Foi realizada uma leitura horizontal e exaustiva (flutuante) do material coletado nas entrevistas, no diário de campo, no formulário e no grupo focal, buscando de estabelecer as estruturas de relevância e as ideias centrais sobre o tema em questão.

Segundo momento: Este momento consistiu na constituição do *corpus*. O Corpus trata-se da submissão de um conjunto de documentos a procedimentos analíticos. Minayo(2013) refere que para constituição do *corpus* devem ser consideradas as seguintes regras: Exaustividade, representatividade, homogeneidade, e pertinência.

Terceiro momento: Neste momento foram pensadas as hipóteses do estudo como proposto por Assis e Jorge (2010) fundamentados em Minayo (2013). Deste modo, foram levantadas as hipóteses: minhas primeiras leituras me levam a pensar, que...

II- Exploração do material e Tratamento dos resultados obtidos/ interpretação

Para Minayo (2013) a exploração do material consiste na operacionalização classificatória visando o núcleo de compreensão do texto e para tanto o pesquisador deve buscar e encontrar categorias que são expressas nas palavras e expressões, ou seja, trata-se da análise propriamente dita.

Esta etapa consiste no tratamento do material investigado por meio da codificação, classificação e interpretação para transformar dados brutos em significativos e válidos (BARDIM,2008).

O **primeiro momento** foi realizado por meio da codificação que teve como foco atender os critérios da objetividade, sistematização e generalização. Para tanto foram fundamentadas as unidade de registros e unidades de contexto.

Durante a análise de conteúdo foi utilizada a análise temática que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe a comunicação e que estuda motivações, opiniões, atitudes, valores, crenças e tendências (MINAYO, 2013).

No que concerne às unidades de registro, foi possível identificar que as temáticas emergidas do material empírico foram: segurança do paciente, (in)satisfação e produção de cuidado.

Vale destacar que a análise temática consiste em descobrir os **núcleos de sentido** que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição direciona para o objeto de estudo. Este momento consistiu na descoberta dos núcleos de sentido advindos do material empírico. Estes núcleos emergiram do sentido do texto analisado e que foram formulados por meio de palavras sinônimas ou que estivessem direcionadas para um sentido único (MINAYO, 2013).

Portanto, durante a exploração do material emergiram os seguintes núcleos de sentido:

Núcleo 1: A produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família com foco na segurança do paciente.

Núcleo 2: Inter-relação da produção do cuidado com a segurança do paciente na concepção de trabalhadores de saúde e usuários.

No **segundo momento** ocorreu a fase classificatória. Foi possível definir as categorias com vistas a alcançar o núcleo de compreensão do texto, denominados de núcleos de sentido.

A classificação do material foi realizada por meio da divisão dos grupos. A composição do grupo (I e II) para a análise ocorreu durante a coleta de dados, exploração do material e necessidade operacional da pesquisa, visto que é real a necessidade da interpretação dos sentidos nas falas do cuidador e do ser cuidado para que se possa compreender a complexidade da questão pesquisada.

Quadro 1- Divisão dos Grupos de Participantes da Pesquisa

GRUPO	PARTICIPANTES
GRUPO 1	EQUIPES COMPOSTAS POR TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SOBRAL – CE
GRUPO 2	GRUPO COMPOSTO POR USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE SOBRAL- CE

No que concerne às equipes estudadas, vale destacar que foram representados por gerentes de unidades básicas de saúde, enfermeiros, médicos, dentistas, farmacêuticos, auxiliares/técnicos de enfermagem, auxiliares de farmácia e agentes comunitários de saúde. Estes receberam uma codificação por números (por exemplo: trabalhador número 1) que foi relacionado a ele desde o momento em que ele aceitou participar da pesquisa.

Ainda no momento de classificação dos dados foram evidenciados os conhecimentos que mais estavam relacionados aos objetivos da pesquisa, tais como: Produção de cuidado, produção de cuidado de qualidade, (in)segurança do paciente e (in)satisfação do usuário e (in) segurança . Logo após foi realizada uma leitura exaustiva das entrevistas sendo realizada uma síntese tanto das entrevistas como dos grupos focais. A seguir procedeu-se com uma nova leitura onde foram recortados os discursos mais reveladores voltados para o objeto estudado.

Para o tratamento das entrevistas, foi adotado a classificação de dados qualitativos como proposto por Assis *et al.* (1998). Foram construídos quadros para análise por meio de uma síntese horizontal que permitiram demonstrar as ideias comuns entre os participantes da pesquisa, formulando assim as estruturas de relevância e vertical que proporcionou a ideia geral das

entrevistas. Vale ressaltar que os aspectos de análise utilizados para divisão e síntese das entrevistas emergiram do objeto do estudo e das leituras anteriores realizadas pela autora.

Quadro2. Unidades de análise das entrevistas

ASPECTOS DE ANÁLISE	PARTICIPANTES				SÍNTESE HORIZONTAL
	EQUIPE 1	[...]	EQUIPE 10		
(IN)SATISFAÇÃO DO PACIENTE					
(IN)SATISFAÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE					
PRODUÇÃO DE CUIDADO DE QUALIDADE					
CUIDADO (IN)SEGURO					
PROCESSO DE TRABALHO					
(IN)SEGURANÇA					
SINTESE VERTICAL					

Fonte: Adaptado de Assis *et al.* (1998).

Para a análise dos dados dos grupos focais, primeiramente foi realizado uma validação dos dados com as participantes por meio de uma síntese dos conhecimentos emergidos pelo grupo ao final de cada tema determinado pelo temário focal. Assim, para a análise dos dados, os conhecimentos emergidos no grupo foram classificados por meio do quadro de análise e articulados com a síntese de conhecimentos emergidos durante as sessões.

Quadro 3. Unidades de análise dos grupos focais

GRUPO ASPECTOS DE ANÁLISE	GRUPO 1	[...]	GRUPO 10	SÍNTESE HORIZONTAL
(IN)SATISFAÇÃO DO PACIENTE				
ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE				
QUALIDADE ASSISTENCIAL				
CUIDADO (IN)SEGURO				
SÍNTESE VERTICAL				

Fonte: Adaptado de Assis *et al.* (1998).

Segue um modelo das sínteses emergidas nesta pesquisa durante a análise das entrevistas com os trabalhadores de saúde da unidade 1:

- **Síntese Vertical:** A equipe de saúde tem um bom discernimento da importância de um cuidado de qualidade. Trabalham para atender as necessidades e atingir a satisfação dos usuários. Quanto ao conhecimento de segurança do paciente e cuidado seguro, os resultados direcionam para a necessidade de uma maior e melhor compressão dos trabalhadores com vistas a alcançar uma real produção de cuidado de qualidade.

- **Síntese Horizontal:**

(In) satisfação do paciente: A satisfação dos usuários é vista pelos trabalhadores como o resultado de um trabalho de qualidade, ou seja, que atendeu as necessidades apresentadas por eles.

(In) satisfação dos trabalhadores: Os trabalhadores apontam o trabalho na ESF como gratificante diante dos resultados alcançados, apesar dos desafios diários enfrentados.

Produção de cuidado de qualidade: É entendida pelos trabalhadores de saúde como um cuidado ideal, integral e planejado, de modo que os trabalhadores reconhecem que o cuidado disponibilizado pela equipe não é de qualidade.

Cuidado seguro: É compreendido pelos trabalhadores da ESF como um cuidado contínuo, acessível e baseado em conhecimentos científicos para gerar danos aos pacientes.

Produção de cuidado: O cuidado desenvolvido pela equipe 1 é pautado nos programas preconizados pelo ministério da saúde e nas necessidades que a população apresenta. É implementado por meio de consultas, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e acompanhamentos.

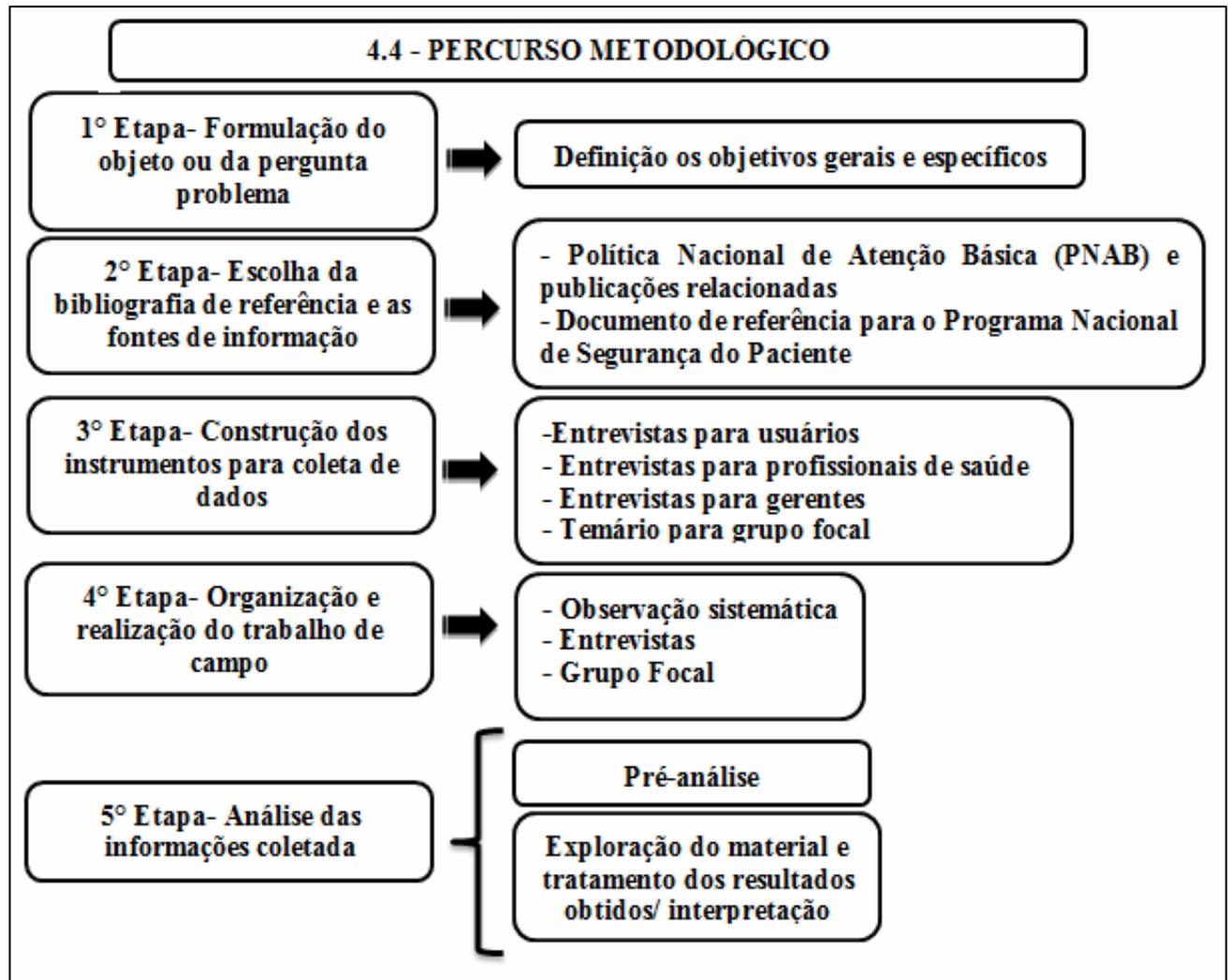
(In) Segurança: Os trabalhadores da ESF da equipe 1 entendem por segurança a capacidade de agir corretamente, proteger, não ferir e não machucar, com o apoio da equipe e da comunidade, para quando possível fazer o bem.

Quanto aos dados emergidos das observações sistemáticas, realizou-se uma leitura transversal das observações do diário de campo, ou seja, estes resultados foram lidos e contextualizados juntamente com uma análise das entrevistas e do grupo focal.

Logo após a classificação, foi realizada uma inferência dos dados, com base nos resultados emergidos das entrevistas, da observação sistemática e do grupo focal, nos pressupostos teóricos, objetivos e referenciais teóricos adotados na pesquisa.

Para finalizar ocorreu a interpretação e discussão dos dados articulando os objetivos, pressupostos e referencial teórico utilizado na pesquisa. Para tanto, os resultados foram agrupados de acordo com os temas e núcleos de sentido emergidos na pesquisa.

Figura 4- Percurso metodológico



Fonte: Primária

4.5 Aspectos éticos e legais

Esta pesquisa respeitou todos os aspectos éticos da Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, sendo considerados os pressupostos da bioética, configurados em sua resolução: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

A pesquisa foi encaminhada para o Comitê de Ética em pesquisada Universidade Estadual do Ceará por meio da Plataforma Brasil. Com parecer favorável cujo número de protocolo é 620.430. Somente após o parecer favorável foi iniciada a coleta de dados utilizando o termo de consentimento livre e esclarecido para usuários (APÊNDICE F) e para trabalhadores de saúde

(APÊNDICE D) e gerentes(APÊNDICE E) como instrumento esclarecedor dos objetivos da pesquisa.

5- RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1- NECESSIDADES E POTENCIALIDADES DA PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

As discussões em torno do trabalho em saúde tem como foco central a produção do cuidado. Este modelo trata-se da compreensão dos aspectos específicos da saúde, reconhece a necessidade da centralidade no trabalho vivo para o processo de cuidado e mobiliza estratégias permeando tudo o que é humano, ou seja, atua sob linha de força agenciadas, sob ética, tecnologias e subjetividades do cuidado (MERHY, 1997).

A produção do cuidado trata-se de um processo que acontece dialogicamente entre os atores dos serviços de saúde. Fundamentada pela comunicação, estabelece elementos que podem revelar códigos, valores, símbolos e normas (LIMA; MOREIRA; JORGE, 2013).

A atenção primária se caracteriza como o principal foco de atenção à saúde diante da sua permeabilidade em todas as etapas da vida da população, e para que se produzir cuidado na atenção primária é necessário primeiramente possibilitar acesso ao serviço de saúde, reconhecer as necessidades da população e atuar sobre as mesmas.

Fomentar um cuidado de qualidade é uma estratégia primordial para fundamentar o caminho a ser percorrido durante a assistência à saúde na APS e constituir um processo de trabalho articulado e fundamentado conhecimentos científicos.

Para o melhor direcionamento e consolidação das práticas de saúde no âmbito primário de atenção à saúde o MS desenvolveu a Política Nacional de Atenção básica.

Esta pesquisa adota a diferença entre profissional e trabalhador da saúde. O profissional é entendido por representar uma pessoa com formação para atuar em profissão relacionada às ciências da saúde. Já o trabalhador de saúde é considerado uma pessoa que atua em um ambiente de saúde, sem possuir formação específica para área de saúde, mas que de alguma forma tem influência sobre o processo de trabalho em saúde (MERHY; ONOCKO, 1997).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é um resultado histórico de desenvolvimento e consolidação do sistema único de saúde (SUS), por meio de movimentos sociais de usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. Tem como foco um cuidado integral, resolutivo e humanizado no território em que os usuários estão inseridos (BRASIL, 2012).

Para que todas as ações supracitadas sejam efetivadas é necessário que tanto os trabalhadores de saúde, como usuários do sistema de saúde percorram um caminho permeado de potencialidades e necessidades que são atributos da produção de cuidado na ESF. Dentre eles o acesso ao serviço de saúde se caracteriza como o primeiro aspecto que deve ser contemplado.

Donabedian (1973) não utiliza o termo acesso, mas sim, acessibilidade, sendo descrita em dois aspectos principais: sócio-organizacionais que estão atribuídos às condições sociais, culturais, educacionais ou econômica do usuário e que influencia no acesso ao serviço de saúde. Já com relação à acessibilidade geográfica ele aponta o distanciamento físico entre usuários e serviços de saúde.

Por outro lado Donabedian (1973) ressaltou que a acessibilidade compreende um maior significado, pois está relacionado com oferta de serviços que atenda as necessidades da população.

O acesso aos serviços de saúde no Brasil é assegurado pelos princípios organizativos e doutrinários do SUS, a partir da corresponsabilidade e da solidariedade dos entes federativos, dos gestores e trabalhadores de saúde e dos usuários.

McIntyre e Mooney(2007) relatam o acesso à saúde na perspectiva da liberdade para o uso dos serviços de saúde e aponta que os fatores influenciam na liberdade para utilização ou não do serviço de saúde estão relacionados com nível educacional, aspectos culturais e crenças, condição social e econômica.

De acordo com Brasil (2012) às Unidades Básicas de Saúde as unidades devem ser instaladas próximo da moradia, do trabalho, da escola desempenhando um papel central na garantia à população de uma atenção à saúde de qualidade.

Com esta pesquisa foi possível identificar que todas as unidades estudadas estão localizadas próximas dos usuários, ou seja, cada território delimitado pela secretaria de saúde como microárea possui uma unidade. Das dez unidades estudadas, a unidade 3 era nova, ou seja, foi criada há cerca dez meses para atender pacientes de um determinado bairro que estava com déficit no atendimento,

a unidade 5 recebeu um prédio novo, pois antes era localizada em uma residência adaptada, e quanto às reformas, vale destacar que as unidades 1, 8, 9 e 10 estão passando por reformas e ampliações na estrutura física para melhor atender a população. Portanto, é nítido o compromisso da gestão com a estrutura e acessibilidade, diante do número de unidades construídas e reformadas.

[...] Tenho 60 anos e já faz muito tempo que acompanho desde a unidade antiga até vim para cá, porque eu moro bem próximo daqui e acho é bom[...] (GRUPO 3).

[...] a locomoção é boa, pois fica próximo (GRUPO 6).

Desde o momento que estive aqui tive tratamento, acho o local bem central, fica próximo da minha casa e estou bem satisfeita com o tratamento aqui na unidade (GRUPO 6).

Sobre o acesso eu também não tenho do que me queixar, moro perto do bairro, lá na minha área já estão construindo um posto e em breve passarei para lá (GRUPO 1).

Disponibilizar uma unidade de saúde próximo dos usuários não é garantia de uma saúde de qualidade, porém é a primeira etapa a ser percorrida para a efetivação do cuidado em saúde.

Apesar da unidade de saúde está localizada próximo das residências, os usuários referem que ao ultrapassar a porta de entrada da unidade apenas iniciam uma jornada de dificuldades e potencialidades para terem literalmente acesso à assistência à saúde.

Chegar aqui é fácil, mas aqui o negócio é mais difícil, hoje vim atrás de uma informação, falei com 04 profissionais, mas nenhum me deu o encaminhamento correto, fico indo de um lado para o outro e não consigo o encaminhamento (GRUPO 2).

Algumas atendentes são muito ignorantes com a gente, elas nem olham pra gente e vamos embora sem a resposta (GRUPO 2).

Aqui é o seguinte, tem dias que as meninas nos atendem bem, mas têm outros dias que elas não atendem, a gente pergunta uma coisa e elas vão passando pra outras pessoas e nunca nos dão a informação certa, quando é tempo de exame, a gente se consulta com o médico, ele passa os exames, a gente leva para marcar e passa 01 ou 02 anos e nada, a gente tem que reclamar, brigar para ter um atendimento, quando a gente vem receber o exame não está marcado, perguntam qual nossa ACS, a gente diz, mas nunca repassam nada para elas, aí a gente perde e tem que pagar, não é todo dia que temos 30 ou 40 reais, então como é que um posto quer tratar a gente bem desse jeito?(GRUPO 4).

O acolhimento na ESF não é fundamentado por prática isolada, mas sim, por um conjunto de práticas e atitudes que resultam das interações estabelecidas no ambiente dos serviços de saúde (GUERREIRO, 2013).

Estando ciente que o acesso à saúde é um elemento primordial para avaliação da qualidade dos serviços de saúde (SCHWARTZ; et al, 2010), e que ele é interpretado como uma facilidade de utilização dos serviços e como uma possibilidade de equidade (MCINTYRE; MOONEY, 2007) é possível apontar que a prática acolhimento se caracteriza como uma possibilidade para ampliação do acesso dos usuários a ESF diante do possível desenvolvimento de vínculo entre o trabalhador de saúde e usuário.

Nesta pesquisa foi identificada uma ampla problemática vivenciada pelos usuários para que possam obter a concretização do acesso universal aos serviços de saúde e a primeira delas é a recepção. Portanto, é necessário que os trabalhadores de saúde reconheçam a dialógica da construção de um cuidado em saúde para que possam fundamentar suas prática se reconhecer as necessidades dos usuários que almejam a utilização dos serviços de saúde.

Travassos e Martins (2004) retratam que o processo de utilização dos serviços de saúde resulta da interação do comportamento do usuário que busca cuidados e do trabalhador de saúde que o conduz dentro do sistema de saúde. O usuário é geralmente responsável pelo primeiro contato com os serviços de saúde, e os profissionais de saúde são responsáveis pelos contatos subsequentes. Ou seja, os trabalhadores, durante o cuidado em saúde, definem o tipo e a intensidade de recursos consumidos para resolver os problemas de saúde dos pacientes.

A área de recepção nas unidades básicas de saúde é uma estratégia preconizada pelo Ministério da Saúde para promover acessibilidade nos serviço de saúde. Este espaço foi criado para recepcionar os usuários e é composto por local de artigos e registros (BRASIL, 2012). Nas unidades estudadas esta recepção é composta por entorno de quatro pessoas que são responsáveis pelos arquivos de registros da unidade e por direcionar o cuidado a ser disponibilizado na unidade por meio de marcação de consultas para enfermeiros, médicos e dentistas na unidade e consultas, exames e cirurgias em unidades de atendimento secundário e terciário.

Foi possível identificar durante a observação sistemática que estas pessoas que trabalham na recepção da unidade compondo a equipe de saúde são geralmente mulheres com o nível médio de escolaridade e que possuem dificuldade de comunicação com os usuários.

Gestores e profissionais ressaltam a importância de capacitação e treinamento de todos os trabalhadores para a prática do acolhimento. Deste modo, vale relatar que o setor de recepção é o mais cobrado nesse sentido, por ser na grande maioria das vezes o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde (GUERREIRO, 2013).

Em consonância com o resultado desta pesquisa Guerreiro (2013) aponta que usuários consideram que existem muitos funcionários que necessitam de um maior preparo para fazer esse primeiro contato de recepção. No entanto, é válido salientar que as tensões no setor recepção podem ser maiores, diante das expectativas da população quanto à demanda saúde, de modo que o primeiro retorno negativo pode comprometer o desenvolvimento do trabalho do conjunto de profissionais capacitados.

Assim, faz-se necessário trabalhar conceitualmente o acolhimento nos serviços de saúde, como referencial teórico-humanístico vislumbrando a fundamentação das relações entre serviços de saúde e seus usuários (GUERREIRO, 2013).

Outro aspecto que merece destaque durante a análise da produção de cuidado na ESF é a comunicação entre os trabalhadores de saúde e usuários.

No cuidado em saúde a comunicação é considerada um instrumento primordial para a articulação de conhecimentos e práticas durante a produção de cuidado, porém a dificuldade de comunicação entre usuários e os atendentes da recepção é nítido nos resultados desta pesquisa, sendo um importante agravante para a produção do cuidado em saúde na ESF.

Quando a gente pede alguma informação a alguém lá do “SAME” eles olham para a gente com uma cara como se estivéssemos podres[...]Adorei o atendimento daqui, a doutora é ótima, só tem um “porém”, algumas atendentes nem olham para nossas caras. Concordo com ela, algumas atendentes são muito ignorantes com a gente, elas nem olham pra gente e vamos embora sem a resposta (GRUPO 2).

Tem muita gente boa, mas essas do balcão são muito autoritárias, mas elas têm que tratar as pessoas bem... Tem que deixar seus problemas longe daqui [...]Elas dificultam o acesso para algumas pessoas, porque familiares e amigos elas atendem rápido e colocam na frente... Sempre quando chega

um amigo ou familiar das balconistas e ACS elas tratam como prioridade e colocam na frente do pessoal da fila [...] (GRUPO7)

A gente chega lá e pergunta pelos exames, mas elas ficam é lá conversando e esquecem que a gente está esperando, a gente fala e elas fingem que não escutam, só atendem na hora que quer. Na maioria das vezes atendem com a cara ruim, são ignorantes quando pedem pra gente esperar e já teve muitas pessoas que quiseram brigar com elas com as atendentes [...] Teve um dia que eu vim atrás de um exame e elas nem falaram comigo, aí discuti com ela, perguntei se ela não estava me vendo [...] A gente chega e pergunta pelos exames e ela faz de conta que não estão nem ouvindo, às vezes a gente tá bem pertinho, aí a gente pede pra marcar e ela faz é sair (GRUPO 10).

Daí surge a seguinte indagação: como um usuário do serviço de saúde que procura a unidade básica recebe um cuidado de qualidade se ele não consegue ser ouvido? As pessoas que trabalham na recepção sabem da importância do trabalho delas para o usuário tenha acesso ao serviço de saúde? Quais motivações levam estas profissionais a agirem desta forma?

Os trabalhadores de saúde devem reconhecer a importância do seu papel para a produção do cuidado em saúde, pois apesar de não prescreverem cuidados diretos para os usuários, os profissionais da recepção são os que devem realizar primeiramente o acolhimento à unidade facilitando o acesso para à assistência à saúde.

Deste modo, vale salientar que as dimensões do acesso devem ser alicerçadas no princípio da equidade, no estabelecimento de caminhos para a universalização da atenção, regionalização, hierarquização e participação popular (JESUS; ASSIS, 2010).

O acolhimento no serviço de saúde deve ser baseado em uma relação cidadã e humanizada, de escuta qualificada (BRASIL, 2010). Não se trata uma prática isolada, mas um conjunto de práticas e atitudes durante as interações que se estabelecem no ambiente dos serviços de saúde, ou seja, de uma manifestação proativa, capaz de fortalecer o vínculo do serviço com os usuários (GUERREIRO, 2013).

Por se tratar de uma dimensão com forte influência gerencial, o acolhimento inclui dois conjuntos de requisitos: à gestão de pessoas e estratégias de ação desenvolvidas na unidade. No que concerne à gestão de pessoas, o acolhimento-reorganização é reconhecido quando a equipe de saúde é comprometida, cuja dinâmica se estabelece sob o princípio da integralidade (GUERREIRO, 2013). Quanto às estratégias de ação Guerreiro (2013) destaca a articulação do acolhimento via organização de agendas incluindo o bom funcionamento da recepção, a atenção à demanda

programada, espontânea e às necessidades pontuais ou urgências de pessoas em cada área adstrita. Nesta perspectiva, ele destaca que o acolhimento passa a ser uma fonte de reflexão e de comunicação serviço-usuário, resultando na agilidade da oferta de ações e serviços.

Fomentar o acesso à saúde é tão importante quanto à presença do trabalhador de saúde para disponibilizar o cuidado. Apesar da importância de um bom acolhimento, é indispensável ao usuário o acesso aos profissionais de saúde. Com os resultados desta pesquisa foi possível constatar que os usuários que possuem acesso à equipe de saúde, entretanto, ainda enfrentam desafios, como a necessidade do médico na ESF.

Existe uma propaganda pra gente não tomar remédio sem consulta médica, mas como pode isso se não tem médico? Aí tem casos que a gente toma, chega um vizinho e diz que tal coisa é bom, a gente vai lá na farmácia compra e toma, porque não tem médico pra gente se consultar (GRUPO 3).

O problema aqui é que falta médico, mas eu não tenho do que me queixar, o negócio aqui é que falta de atendimento dos médicos (GRUPO 3).

Aqui as enfermeiras são bem legais, o que puderem fazer pela gente elas fazem mesmo, elas são ótimas, mas é como eu lhe disse, é a primeira vez que estou me consultando com essa médica e achei uma pessoa excelente, mas é como as meninas disseram, aqui precisa de outro médico pra substituir quando ela estiver de folga porque lá no outro tinha (GRUPO 3).

A presença do profissional médico como membro da equipe de saúde da família é indispensável. O médico deve estar presente na unidade para a efetivação da produção de cuidado, porém, vale destacar que apesar desta pesquisa ter como critério de inclusão equipes completas, foi possível identificar equipes de saúde da família com déficit deste profissional. Este déficit trata-se de momentos em que os médicos das equipes estão de atestado, folga ou principalmente de licença maternidade e que a equipe não conta com outro profissional para atender a demanda diária da unidade.

É sabido que a contratação e manutenção do médico na unidade básica de saúde se caracteriza como um grande desafio para o processo de desenvolvimento da ESF.

No ano de 2011, o Ministério da Saúde lançou a Portaria GM/MS no. 2.488/2100 visando atrair mais médicos para a Saúde da Família. Esta portaria possibilita flexibilizar a carga horária dos profissionais médicos das ESFs, através da nova Política Nacional de Atenção Básica e também modificar a forma de repasse do Piso de Atenção Básica (PAB Variável), de acordo com os

diferentes regimes de trabalho dos médicos, ou “configurações das equipes”. Esta estratégia resultou em números e cargas de trabalho médico variadas, mantendo inalterados, no entanto, o quantitativo e a carga de trabalho das demais categorias profissionais que as compõem (RODRIGUES, 2013).

A portaria também possibilitou cinco modalidades de equipe, cujos médicos possuem cargas horárias de 20, 30 ou 40 horas semanais, porém não especifica como tais cargas horárias devem ser distribuídas ao longo da semana, permitindo assim a criação de variações nos processos de trabalho. Deste modo é importante salientar que a integração entre os profissionais pode ficar comprometida pela rotatividade dos médicos interferindo nos cuidados e nos vínculos entre médico e paciente (RODRIGUES, 2013).

Outra estratégia governamental que teve impacto substancial sobre o número de médicos na ESF foi o “Programa Mais Médicos”. Por meio da Medida Provisória No 621, de 8 de julho de 2013 foi instituído o “Programa Mais Médicos”, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde – SUS. Este programa teve como objetivo:

“I- diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde; II - fortalecer a prestação de serviços na atenção básica em saúde no País; III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira; V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos; VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e funcionamento do SUS; e VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS (MEDIDA PROVISÓRIA NO 621, DE 8 DE JULHO DE 2013).

O município estudado foi uma das cidades brasileiras contempladas recebendo médicos estrangeiros para atuar na ESF. Das dez unidades estudadas duas possuíam médicas estrangeiras e estas participaram da pesquisa. Foi perceptível a satisfação dos usuários com o atendimento e o comprometimento destas médicas com a comunidade por meio da fala e do comportamento durante as consultas.

Quando eu vejo um paciente que acho que merece um seguimento, falo com meu agente de saúde para saber onde esse paciente mora para agendar um

seguimento contínuo e avaliar o paciente integralmente, por exemplo, eu avaliei um menino que sempre vem à consulta com risco de asma, mas eu pensei porque ele sempre fica assim, e por mais que tenha tratamento não foi visto resultado, então agendei a consulta para visita domiciliar com a agente de saúde, quando fomos a casa observei que ele tinha todos os fatores de risco para estar doente todo esse tempo, eu falei para a família tudo o que precisava ser retirado e trocado para que esse menino pudesse ter saúde, fiz uma reunião com a família para e dei muitas orientações para melhorar as condições da casa para ele ter saúde [...] (MÉDICA N° 147-UNIDADE 7).

Outro aspecto que merece destaque é quanto à satisfação dos usuários com a assistência de enfermagem. Das dez unidades pesquisadas apenas o grupo 1 referiu de forma mais ampla a insatisfação com o atendimento de enfermagem, sendo possível identificar neste uma maior perpetuação do modelo médico centrado voltado para a cura de doenças.

Não acho bom, porque às vezes queremos nos consultar com os médicos, mas as enfermeiras não deixam, elas (enfermeiras) querem resolver, mas não resolvem e por vezes elas são ignorantes (GRUPO 1).

Elas insistem em não dar as fichas para as consultas médicas e ficam com várias pessoas para atender e acabam não resolvendo os problemas e o povo fica com raiva. No dia do meu bebê quando pedi o encaminhamento para o médico a enfermeira disse que tinha essa de consulta com o médico não e que eu ia levar meu bebê era pra outra enfermeira, e ainda me pediu para deixar de ser ignorante, juro que me deu vontade de dar na cara dela. A doutora sempre acompanhou meu filho, por isso pedi, aí a outra enfermeira só fez olhar ele e fez o encaminhamento, nem aerossol ela passou para ele... A doutora estava aqui, ela poderia ter me encaminhado pra ela (GRUPO 1).

É sabido que nos serviços de saúde e na mentalidade da população ainda está impregnado o modelo biomédico para o cuidado em saúde, porém os profissionais de saúde devem ser os agentes percussores para a construção de um modelo assistencial voltado para a saúde por meio de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Neste contexto o enfermeiro se caracteriza como um dos principais agentes de transformação desta realidade.

Durante a pesquisa foi possível identificar sentimentos contraditórios vivenciados pela enfermeira da ESF. Tais sentimentos estão relacionados à satisfação com o trabalho na ESF e à insatisfação com as condições de trabalho vivenciadas. A satisfação advém do prazer em exercer a enfermagem, do reconhecimento profissional por parte da equipe de trabalho e pela satisfação dos usuários com o acompanhamento realizado.

Eu tenho certeza que estou na profissão certa e me sinto feliz em trabalhar na unidade básica, eu gosto de dizer aquela orientação por mais boba que ela seja [...] (ENFERMEIRA 145- UNIDADE 7).

Eu vejo que meu trabalho é gratificante, me sinto muito bem, porque a gente, enquanto enfermeiro, auxilia as pessoas nos seus cuidados, na coresponsabilização, na fase que eles estão precisando, é muito satisfatório, acho que nós enfermeiros influenciemos muito no processo saúde e doença da comunidade dentro ESF, então assim, como o enfermeiro tem um vínculo muito forte com o usuário e, além do agente de saúde, vincula o paciente a unidade e que tem a relação de confiança tornando o trabalho proveitoso(ENFERMEIRA 141- UNIDADE 3).

Já no que concerne a insatisfação é importante destacar a falta de motivação em realizar um bom trabalho diante do baixo salário, da necessidade de reconhecimento da gestão e da instabilidade no emprego.

Gosto do muito do que faço, procuro me esforçar, mas tem coisas que deixamos porque não vemos motivação e nem reconhecimento, então tem coisas que deixo de me esforçar mais... Por exemplo, educação em saúde que é pouco, eu poderia achar uma brecha pra fazer, mas acabo não fazendo, porque já é tão puxado, tão corrido... Eu só faço nos momentos de grupo, quando faço a educação em saúde, dou orientações e dou atendimentos, mas ir procurar o que fazer, como ir falar com pacientes que esperavam atendimentos de outros profissionais eu não faço mais (ENFERMEIRA 148- UNIDADE 8).

Não tenho motivação, salário ruim, sem vínculo nenhum... Eu já faço muito em atender com cuidado, em procurar envolver outros profissionais e porque que vou fazer mais além? E os gestores sabem que somos mão de obra barata, que somos desvalorizados, eles nos desvalorizam (ENFERMEIRA 148- UNIDADE 8).

Isso me chateia muito, eu deixo de fazer além por causa disso, é uma questão minha, não sei se outro profissional faria ou não, ficaria ou não [...] (ENFERMEIRA 148- UNIDADE 8).

Estou me desdobrando muito para dar conta da demanda e dos programas e as cobranças são imensas, tem dia que acho que não vou conseguir, mas espero que esteja tendo um bom resultado (ENFERMEIRA 157- UNIDADE 10).

Nas falas dos profissionais enfermeiros é nítida a sensação de insatisfação com as condições de trabalho. Tais condições são: cobrança e o não reconhecimento de resultados por parte da gestão, baixa remuneração salarial, necessidade de estabilidade no emprego, necessidade de direitos trabalhistas e demanda de trabalho que supera a possibilidade humana de realização. Sendo possível identificar que estes atributos influenciam negativamente para a produção do cuidado na ESF.

A expansão dos ambientes de saúde geram uma elevada elasticidade para a criação de empregos ao ampliar sua cobertura. No entanto, fica evidente que este crescimento não tem sido acompanhada da ampliação dos recursos financeiros necessários para os serviços de saúde (DEDECCA; TROVÃO, 2013).

Para Assis, Alves e Santos (2008), a falta de vínculo profissional, que envolve as formas de contratação do trabalhador ao sistema, gera desmotivação à sua permanência no trabalho, podendo direcionar para uma baixa qualidade da assistência oferecida.

Durante pesquisas bibliográficas realizadas a autora pode identificar que são poucas os estudos que retratam a (in)satisfação dos enfermeiros durante a produção de cuidado na ESF e qual a implicação deste processo para o resultado do processo assistencial. Porém, se faz necessário destacar a importância de uma boa gestão de recursos financeiros investindo na estrutura e no processo e de capital humano, que são eixos necessários para o trabalhador de saúde disponibilizar um cuidado com competência.

Apesar de todas as problemáticas vivenciadas é importante destacar que os enfermeiros manifestam expectativas quanto à definição de papéis específicos e desejam autonomia, identidade profissional, tomada de decisão, identificação e reconhecimento pelo que realmente são para valorização da profissão (UMPIÉRREZ, 2013).

Considerar a necessidade de uma reestruturação na gestão com foco na valorização dos servidores é válida, mas também é fundamental ressaltar a necessidade de uma postura consciente dos profissionais de saúde em defesa do SUS.

As competências do enfermeiro são reconhecidas pela capacidade e habilidade de analisar o ser humano com foco na integralidade da assistência à saúde, de acolher e identificar-se com as necessidades e expectativas dos indivíduos e famílias, de acolher e compreender as diferenças

sociais, bem como, promover a interação e a associação entre os usuários, à equipe de saúde da família e a comunidade de modo longitudinal (BACKES, 2012).

A enfermagem deve criar uma relação efetiva com o usuário buscando aperfeiçoar as intervenções de cuidado em saúde integrando e contemplando os saberes profissionais quanto os saberes dos usuários (BACKES, 2012).

Umpiérrez (2013) realizou uma pesquisa para identificar as percepções e expectativas dos enfermeiros sobre sua atuação profissional e constatou que os enfermeiros percebem uma dicotomia entre atuação profissional e a teoria, sobrecarga administrativa e insegurança para a gestão do cuidado.

Neste contexto, é válido destacar que já durante o processo de formação do enfermeiro há um sentimento de insegurança quanto à escolha da área de atuação. Tais constrangimentos estão relacionados com a valorização profissional e com as condições para concretização de uma atenção à saúde de qualidade (SILVA, 2013).

O Programa de Saúde da Família como estratégia surge para operacionalização de um novo sistema da atualidade, e caracteriza-se a área de maior empregabilidade para enfermeiro. Porém, estudos apontam que postos de trabalho no campo do profissional enfermeiro ainda são muito incipientes (BARROS, 2013).

Os enfermeiros desempenham funções primordiais na ESF, atuando diretamente no cuidado em saúde e juntamente com a equipe saúde construindo atributos indispensáveis para a efetivação de um cuidado de qualidade. Deste modo, é necessário ressaltar a importância da comunicação entre trabalhador de saúde e gestão para que as necessidades e potencialidades da ESF sejam sanadas e aprimoradas respectivamente.

A comunicação é entendida como espaço de sentido da produção social, ou seja, é o ato de ativar o circuito produtivo dos sentidos sociais para a compreensão de regras e lógicas sociais (ARAÚJO, 2007). Assim, para que o cuidado seja fundamentado na integralidade é necessário o rompimento do serviço de saúde com a fragmentação e desarticulação do cuidado, passando a compreender as múltiplas dimensões para a efetivação da qualidade em saúde que estão atreladas aos profissionais de saúde, gestores e usuários.

Além do enfermeiro e do médico que já foram contextualizados é importante destacar o agente comunitário de saúde como trabalhador de saúde indispensável que vincula e fundamenta estratégias e ações no território que tenham impacto direto na saúde da população.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) na atenção primária à saúde é um trabalhador de saúde indispensável para articulação e concretização da produção do cuidado na ESF. Foram constatadas as seguintes estratégias para produção do cuidado:

O cuidado é na base de prevenção, fazemos caminhadas, ciclos de idosos, de gestantes. Nos grupos de idosos, hipertensos e diabéticos o cuidado é focado na alimentação deles (ACS 118- UNIDADE 4).

[...]o cuidado que a gente tem, é chegar na casa do paciente, é saber o que ele está precisando. Muitas das vezes não é nem de medicamento e sim, duma conversa, as vezes é um problema... ai a gente passa até ser psicólogo, né? Assim, em termos de escutar o paciente, que muitas das vezes ele num quer nem saber de medicamento, é, só a conversa pra ele já ta muito bem. Então assim, a gente tem o cuidado tanto sobre a saúde, como o bem estar do paciente e se a família por completo [...](ACS 124- UNIDADE 4).

Minha maior preocupação no cuidado é que a gente cuida dos pacientes, a gente cuida do bem estar dos pacientes, essa é uma das coisas que a gente mais se preocupa(ENFERMEIRA 1- UNIDADE 3).

O ACS realiza atividades junto à comunidade e por isso é considerado um elemento nuclear das ações em saúde, com atividades de promoção e prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio das visitas em domicílios e educação em saúde, individual e coletiva. Concomitante as ações supracitadas os ACS's também orientam a comunidade sobre práticas de saúde, principalmente aquelas em situação de risco, assumindo o papel de sujeito promotor de vínculo e articulação entre a comunidade e a equipe de saúde (COSTA, 2013).

O vínculo é reconhecido entre os pesquisadores pela continuidade do cuidado assistencial e é um princípio básico para o desenvolvimento de um cuidado de qualidade pelo acompanhamento do usuário e um atributo indispensável para efetivação da ESF (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Embora o vínculo longitudinal esteja alicerçado na prática do profissional, o atendimento a tal atributo só será possível se for uma prioridade da gestão, evoluindo questões como a oferta adequada de serviços de APS e a fixação do profissional na unidade de saúde(CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Entendendo as peculiaridades necessárias para a efetivação do vínculo entre profissionais e usuários, é válido destacar o agente comunitário de saúde como agente estruturador para construção e efetivação da produção de cuidado na ESF.

Durante esta pesquisa foi possível identificar as funções dos ACS exatamente como foram supracitadas, porém é necessário salientar a presença de afirmações de insatisfação dos usuário para com os ACS.

Eu sei que toda vez que eu preciso eles perguntam de qual ACS eu faço parte e eu digo não tenho nenhuma ACS, já faz 04 anos que moro aqui e não tenho, porque ela não passa lá em casa, porque já sou idosa. Pelo que eu sei Agente de Saúde é pra passar pra saber como está as coisas, e durante todo esse tempo ela não aparece lá em casa. Minha área é descoberta [...] (GRUPO 3).

Também sofremos muito com as ACS, porque elas não passam nas nossas casas e não nos avisam sobre nossas consultas e acabamos perdendo. Isso já aconteceu com minha mãe [...] (GRUPO 1).

Durante as observações e entrevistas foi possível identificar que apesar de todo o empenho para disponibilizar o cuidado em saúde os ACS encontraram dificuldade em retratar a essência da sua função enquanto trabalhadora de saúde.

É função dos agentes comunitários de saúde trabalhar com uma base geográfica definida, cadastrar todos os usuários de sua microárea e manter os cadastros atualizados; orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, realizar ações de promoção da saúde, prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, através de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, manter vínculo permanente com as famílias, educação para saúde, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades dos Programas de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades do governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe (BRASIL, 2012).

Foi possível identificar que no cotidiano do trabalho as ACS's passam muito tempo na unidade exercendo atribuições que não são sua competência e, assim, prejudicam o resultado do seu trabalho. Exemplos destas atribuições são: acolhimento e direcionamento do atendimento para os usuários na unidade, receber e entregar medicamento nas residências dos usuários, marcação e entrega de encaminhamento de consultas e exames nas residências e a burocratização do cuidado preenchendo mapas de atendimento e fichas de acompanhamento que deveriam ser preenchida por outros trabalhadores de saúde.

*O principal cuidado que exercemos aqui é o **acolhimento das pessoas** que chegam procurando informação, um atendimento médico, um atendimento de enfermagem, a gente que fica aqui na frente acolhe e encaminha para os devidos lugares [...](ACS 146- UNIDADE 7).*

*Fazemos visitas para crianças menores de 02 anos, hipertensos, diabéticos, acamados, entregamos as consultas marcadas para a central, também fazemos palestras, participamos e formamos grupos, também fazemos dias de mutirões no bairro de combate à dengue, procuramos conversar, orientar e conscientizar as famílias sobre os riscos da dengue, que vem tendo muitos casos na população, fazemos muitas coisas porque a **ACS é a base de tudo, sem a gente o posto não anda**, fazemos visitas e pré-natais domiciliares juntamente com a enfermeira para as gestantes que não podem ir ao posto e ainda tem as outras coisas que aparecem CARDSUS, ESUS[...] (ACS 152- UNIDADE 9).*

*Como a **burocracia nos impede de várias coisas**, como agilizar o processo de marcação de consulta, procuramos ser um intermediário da pessoa que está sentindo algo com a enfermagem para ver se conseguimos agilizar o mais rápido possível (ACS 146- UNIDADE 7).*

Durante a pesquisa foi possível constatar que são poucos os ACS que realizam cursos e capacitações para atuarem como tal e durante o processo de trabalho são pontuais e verticalizados os momentos de esclarecimento para reconhecer e exercer suas funções. Entendendo a complexidade de trabalho na ESF e tendo ciência da importância do ACS para bons resultados na saúde da população, surge o seguinte questionamento: Como ACS produz um cuidado de qualidade com direcionamento e fundamentação teoria verticalizadas que não proporcionam o trabalhador identificar qual a sua função na ESF?

As diferentes estratégias de atuação dos ACS na ESF exigem instrumentalização adequada para qualificar o trabalhador, e assim fortalecer o elo com a comunidade (COSTA, 2013).

A formação em saúde faz-se necessária para que os ACS possam dar conta das suas reais atribuições junto à equipe saúde da família e comunidade. É imprescindível existência de investimentos não somente no treinamento específico desses profissionais, mas na manutenção da qualidade do processo de trabalho executado por eles, em atividades de supervisão e de reflexão em equipe. Assim, eles poderão enfrentar os desafios de sua função com mais segurança e assumira corresponsabilidade com o SUS e com a atenção básica (COSTA, 2013).

Outro trabalhador de saúde que merece destaque na produção de cuidado da equipe da ESF com foco na promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos é o dentista. No dia 28 de dezembro de 2000, a Portaria Ministerial nº. 1.444 foi lançada com objetivo de reorientar as ações de saúde bucal e inserir o cirurgião-dentista na ESF.

Na ESF o dentista tem como função realizar diagnóstico vislumbrado obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal; realizar promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde individual e coletiva a todas as famílias, implementar os procedimentos clínicos da atenção básica em saúde bucal, promover atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais, acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, fomentando a integração das ações de saúde de forma multidisciplinar, realizar supervisão técnica do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB); e auxiliar no gerenciamento dos insumos para o funcionamento da UBS (BRASIL, 2012).

Durante a pesquisa os dentistas relatam realizar os seguintes cuidados:

Normalmente o paciente chega com algum dano ou lesão, a gente avalia e logo após promove o cuidado, dependendo do que for a gente tenta resolver (DENTISTA 142- UNIDADE 7).

O cuidado em saúde que a gente faz são medidas coletivas que a gente adota em alguns pacientes que compõe os indicadores, que são gestantes, alguns alunos que foram acompanhados pelo profissional na escola... a gente faz algumas atividades coletivas como aplicação de flúor, orientação, exames, exames de prevenção[...](DENTISTA 130- UNIDADE 5)..

[...] hoje na saúde pública a gente tem muita dificuldade contar com algumas condições, mas mesmo nessa dificuldade a gente tem que procurar fazer o melhor trabalho. Então assim, a gente sempre procura ter uma continuidade do trabalho que é muito difícil por conta da demanda reprimida que é muito grande, a gente tem uma dificuldade de estar remarcando os pacientes, de estar tendo uma continuidade do tratamento, mas isso a gente procura fazer aqui com muita dificuldade, mas a gente procura fazer. E o cuidado que a gente tem é justamente esse de garantir o acesso e um bom atendimento e um bom tratamento, um bom serviço (DENTISTA 114- UNIDADE 2).

Analisando as falas fica nítido que o cuidado odontológico realizado na ESF, assim como o cuidado dos outros trabalhadores de saúde ainda são voltados para um modelo voltado para a doença e com foco na cura.

Nas unidades estudadas a marcação de consulta para os dentistas é realizada apenas uma vez por mês e o atendimento da demanda espontânea se restringe apenas à urgência e emergência. Durante a observação foi possível perceber que os cuidados prioritários dos dentistas estão voltados para ações para crianças nas escolas e atendimento de gestantes, e que apesar deste profissional está presente na unidade de saúde, há dificuldade do usuário em conseguir atendimento.

Há um tempo eu estava com um dente inflamado e fui lá no dentista ele arrancou sem anestesia nenhuma, senti toda a dor. Até hoje sou traumatizada, tenho outro procedimento para fazer com dentista aqui, mas fico nervosa e estou tentando arrumar dinheiro para fazer particular (GRUPO 5).

Com relação ao dentista, eu nunca consegui uma consulta com o dentista daqui, porque a gente só é atendida se chegar aqui com o dente bem destruído, se vier com dorzinha não é atendido, tem que ser com uma dor muito forte, e ainda tem que torcer para na hora da dor ter atendimento aqui (GRUPO 4).

Tem certos momentos que é fácil, mas tem outros que não são, desde o carnaval eu tento uma consulta com um dentista, estou com um problema de saúde seríssimo, chupei um cana no interior de minha mão e machuquei o meu dente que tinha canal, procurei a unidade, disseram que eu tinha que passar pela triagem, mas toda vez que chego já tem passado e estou todo esse tempo sem atendimento, o lado do dente está todo inflamado e quase não consigo mastigar, sinto uma dor horrível porque é na raiz do dente[...] (GRUPO9).

Em um estudo que buscou analisar as produções científicas voltadas para as práticas odontológicas na ESF foi possível identificar que ainda não possuímos um serviço de saúde com reorientação do modelo de atenção à saúde bucal. O foco na família é limitado e ainda utiliza-se a

escola como ambiente prioritário para as ações, estando presente um modelo de produção de cuidado focalizado e excludente (SILVESTRE, 2013).

As equipes de saúde bucal na ESF devem atuar de forma multidisciplinar no planejamento de políticas públicas e de ações de vigilância da saúde da coletividade fomentando o crescimento de ações comunitárias, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorganização dos serviços de saúde (MACHADO, 2013).

Machado (2013) ressalta a importância da reformulação dos cursos de Odontologia para formar profissionais capacitados a exercerem uma prática que seja condizente com os princípios e objetivos do SUS.

É importante que os profissionais de saúde bucal gerenciem o tempo de trabalho na ESF para o desenvolvimento das atividades preconizadas, tais como, ações educativas e preventivas em saúde bucal, atividades escolares, com grupos na unidade de saúde e até nos domicílios (MACHADO, 2013).

É válido destacar que tanto o dentista como o enfermeiro, o médico, os agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem são trabalhadores de saúde responsáveis por produzir um cuidado voltado para a promoção da saúde e com foco nas necessidades de saúde da população. Estes devem compreender a conjuntura que fundamenta as ações na ESF e a complexidade que permeia o encontro entre trabalhador de saúde e usuário.

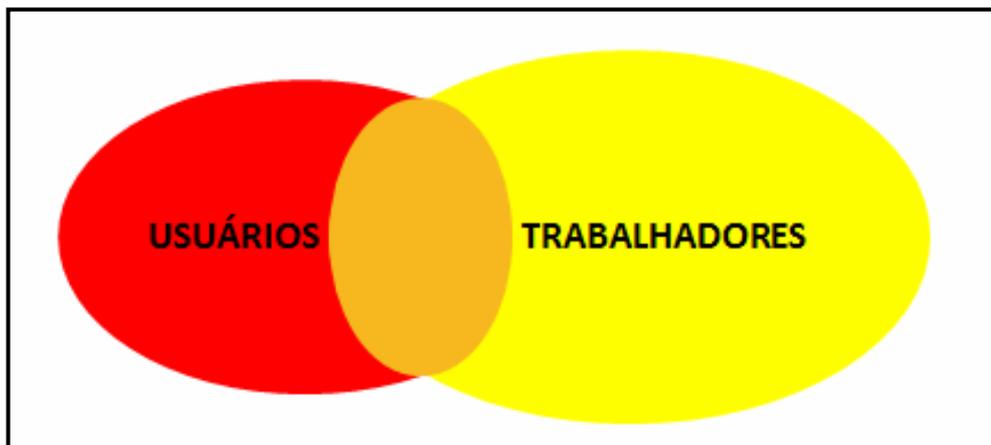
O encontro entre trabalhador e usuário é complexo, pois está alicerçado na permeabilidade e fusão de dois mundos para a superação de adversidades ou de necessidades em comum vivenciadas.

Quando um trabalhador de saúde se encontra com o usuário no contexto do processo de trabalho são produzidos atos de cuidar; é estabelecido um espaço intersejor inerente aos encontros em ato, e é por meio deste encontro que é construído um espaço comum de intercessão dos dois conjuntos (usuários e trabalhadores)(Figura 5)(MERHY, 2014).

Portanto, é válido salientar que durante a análise das entrevistas, grupos focais e observações sistemáticas foi possível identificar que apesar da existência da intercessão entre trabalhador e usuário, constatou-se uma predominância das concepções e das práticas de saúde propostas pelos dos trabalhadores de saúde durante a produção do cuidado.

Nesta perspectiva, a figura 5 retrata a intercessão entre trabalhador de saúde e usuário que acontece na ESF. A cor vermelha caracteriza o usuário, a cor amarela os trabalhadores de saúde, e a intercessão entre eles se caracteriza na cor laranja. Como citado acima, a predominância das concepções e práticas dos trabalhadores de saúde durante a produção de cuidado é apresentada pelo símbolo amarelo em maior tamanho, já o vermelho caracteriza o usuário em menor proporção. Deste modo, é válido salientar que na junção das cores os trabalhadores de saúde (em amarelo) apresentam predominância do trabalhador de saúde, assim, influenciando diretamente para a cor que resultou a intercessão.

Figura 5- Espaço de intercessão entre usuários e trabalhadores de saúde.



Fonte: Primária

Merhy (2014) ressalta a importância do reconhecimento deste processo singular para descobrir os tipos de interseção e os distintos motivos que estão alicerçando o cuidado em saúde.

É importante destacar que os saberes e práticas em saúde tanto dos usuários como dos trabalhadores de saúde devem direcionar a produção do cuidado para sanar as necessidades advindas dos usuários, permeando todo o ciclo de vida.

Durante a pesquisa foi possível identificar que a produção do cuidado na APS é concebida por meio de ações que atuam diretamente no ciclo da vida, tais como, saúde da criança, saúde do adolescente, saúde da mulher, saúde do homem, saúde do idoso e tem como foco um cuidado de qualidade para os usuários.

Temos os programas, os cuidados no pré-natal, cuidados às gestantes, a puericultura, orientações, na própria prevenção do câncer de mama e de colo (Profissional número 148- UNIDADE-9).

Fazemos os programas da Estratégia de Saúde da Família, como a puericultura, os grupos de hipertensos e diabéticos, saúde da mulher, que é tanto os pré-natais quanto as prevenções, e também fazemos todo o acolhimento e triagem dos pacientes e observamos quais os encaminhamentos necessários, esses pacientes são os da demanda livre, que corresponde a 90% do atendimento da unidade. Recebemos cerca de 25 pessoas todos os dias para a triagem, logo após tem o acolhimento, e toda semana tem um enfermeiro responsável pelo acolhimento que é feito em outra sala (ENFERMEIRA 116- UNIDADE.4).

“Acho que aqui falta à questão da educação em saúde porque é o tempo é curto, a unidade é pequena, tem muita gente, e como é muita coisa pra gente ficamos sem tempo e fazemos apenas a orientação individual, sendo que seria mais interessante em grupo, no mais é o próprio cuidado de enfermagem com todas as fases da vida (ENFERMEIRA 148- UNIDADE-9)”.

A produção de cuidado é implementada na atenção básica por meio de consultas, visitas domiciliares, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos em unidades de saúde da ESF, serviços municipais de apoio e equipamentos sociais e encaminhamentos para a atenção secundária e terciária.

Merhy (2014) refere que atualmente o trabalho em saúde é fundamentalmente institucionalizado e a assistência fragmentada é resultado de um trabalho parcelado e compartimentalizado. Apesar dos avanços o médico ainda é entendido como elemento central do processo assistencial por ser este profissional que decide os diagnósticos e os recursos necessários para a cura.

É sabido que diante do diagnóstico encontrado pelo trabalhador de saúde, muitas vezes é necessário recurso além da ESF para o reestabelecimento da saúde. Ou seja, a continuidade do cuidado além dos muros da ESF é fundamental para a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos relacionados à saúde.

No que concerne à atenção secundária e terciária, são realizados encaminhamentos para consultas, exames e procedimentos especializados com o objetivo de atender as necessidades de saúde dos usuários e sanar a problemática de saúde vivenciada.

Durante a pesquisa foi possível identificar que logo após o atendimento, médicos e enfermeiros solicitavam consultas e exames especializados para obter mais dados sobre a saúde do paciente ou possibilitar um cuidado mais específico diante das necessidades, porém apesar da ESF ser articulada com atenção secundária e terciária e com serviços municipais de apoio foram identificadas sérias problemáticas voltadas para este processo.

Deste modo vale destacar que trabalhadores de saúde e usuários relatam:

[...] uma dificuldade muito grande ao encaminhamento aos serviços especializados ou porque o serviço não existe ou porque a quantidade de profissionais dos serviços de saúde é mínima se comparada aos grandes centros(ENFERMEIRA 116- UNIDADE 6).

[...] eu estou com um problema há um bom tempo, vim aqui e me mandaram ir fazer um exame lá no Hospital, mas até hoje nem marcado foi, e eu só aqui sofrendo, o médico passa remédio eu tomo, mas depois a dor volta de novo. Eles não resolvem logo, ficam passando remédio, mas quando o remédio acaba a dor volta (GRUPO 4)

A gente consegue para algumas coisas e outras não como, por exemplo, marcação de exames, que é muita burocracia para marcar e demora um século, faz é tempo que tento um exame e até hoje não consegui [...](GRUPO 10).

[...]quando marcamos uma consulta não temos data para realizar outra consulta, uma ultra-som da minha menina já tem quase 01 ano, já perderam foi o papel e ela tem urgência, necessita, mas até agora nada, ela continua com o problema e a gente chega aqui e nunca está marcado.Tem uma menina de 4 anos que minha mãe cuida que ficou traumatizada com a morte da mãe biológica, aí minha mãe trouxe ela aqui pra marcar uma consulta com o psicólogo, mas até hoje nada, a menina vive doente, não sai nem de casa, parou até de brincar. Aí faz duas semanas que minha mãe veio aqui pra saber da consulta e descobriu que até o papel elas tinham perdido [...](GRUPO 7).

Considerar a atenção primária como o foco principal de atenção à saúde é uma estratégia fundamental para o desenvolvimento de ações promotoras e preventivas de doenças e agravos. Deste modo, se faz necessário ressaltar a continuidade do cuidado para a efetividade da assistência à saúde. Pois, como se realiza um pré-natal de qualidade se não são realizados exames para análise do estado de saúde da usuária? Como prevenir complicações em crianças se o encaminhamento para o especialista não tem eficácia?

Durante as observações foi possível identificar trabalhadores de saúde e gerentes das unidades direcionando usuário que necessitavam de uma consulta com o oftalmologista para óticas comerciais que realizam o exame atrelada a compra obrigatória dos óculos. Este comportamento é justificado pelos trabalhadores de saúde diante do grande número de solicitações consultas para atenção secundária.

Em uma pesquisa realizada por Onoko e Campos (2012) que buscou avaliar de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde, foi possível constatar que os usuários elogiaram as visitas domiciliares e o acompanhamento de hipertensos e diabéticos, porém referem insatisfação com a dificuldade de agendamento com especialistas e com exames. Eles relataram que os resultados dos exames eram demorados e ocorriam perdas.

É válido destacar que apesar das constatações supracitadas existem exames e encaminhamentos da atenção primária para os serviços especializados que são efetivados, porém, é necessário reconhecer as limitações da atenção primária e atuar sobre elas para disponibilizar um cuidado efetivo e eficaz.

Na perspectiva das potencialidades da ESF para a efetividade e eficácia do cuidado em saúde é válido destacar as estratégias municipais de atenção à saúde.

Diante do desafio de reduzir os altos índices de mortalidade materna, perinatal e infantil e de garantir às mulheres o apoio para o processo gestacional foi implantada a Estratégia Trevo de Quatro Folhas. Esta estratégia tem como linhas de ação: a garantia do apoio da Mãe Social às famílias com gestantes, puérperas, e mães de crianças menores de dois anos, em situação de risco clínico e social.

Juntamente com o Trevo de Quatro Folhas, o Projeto Coala e o Projeto Flor de Mandacarusão articulados com a atenção primária e que merecem destaque pelos acompanhamentos realizados tais serviços desenvolvem acompanhamento e disponibilizam suporte para crianças prematuras e ações de promoção da saúde e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez precoce respectivamente. São compostos por equipes multidisciplinares que possibilitam um acompanhamento integral para determinada população adscrita.

Esta experiência proporciona a implementação dos princípios da acessibilidade, integralidade e equidade preconizados pelo SUS garantindo uma atenção especial às mulheres e

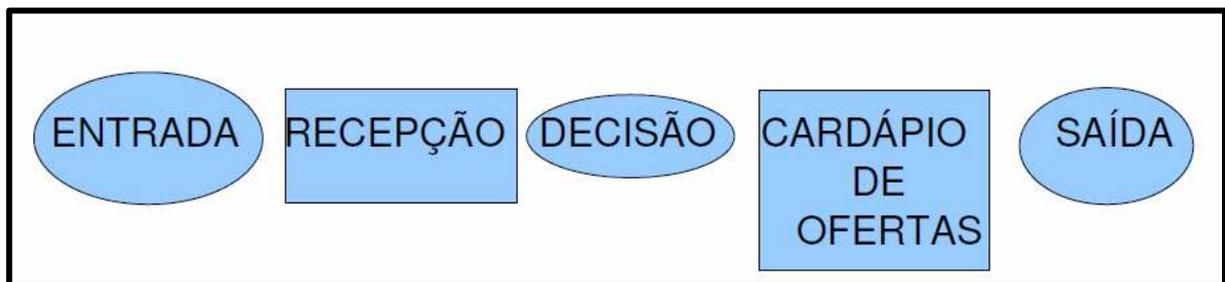
crianças e adolescentes em situação de risco. Desta forma, é importante salientar que elas não só salvam vidas, mas melhoram a qualidade dos vínculos entre profissionais de saúde, usuários e parceiros da rede, para a promoção da saúde e cidadania (SOUSA, 2012).

Analisando o contexto da produção de cuidado na ESF e entendendo que o reconhecimento das necessidades e potencialidades do sistema e serviço de saúde é fundamental para a democratização do acesso, emergiu a necessidade da apresentação de um fluxograma analisador com vistas a simbolizar o caminho do usuário na ESF durante a produção de cuidado.

Merhy e Onocko (1997) referem que o fluxograma é um modo muito simples de diagrama que tem a perspectiva de "desenhar" o modo de organização de um conjunto de processos de trabalhos, que se articulam entre si, em torno de uma certa cadeia de produção.

Para a construção do fluxograma Merhy e Onocko (1997) apresentam conformações representadas simbolicamente por elipses e quadrados visando direcionar o entendimento da produção do cuidado na ESF da entrada a saída.

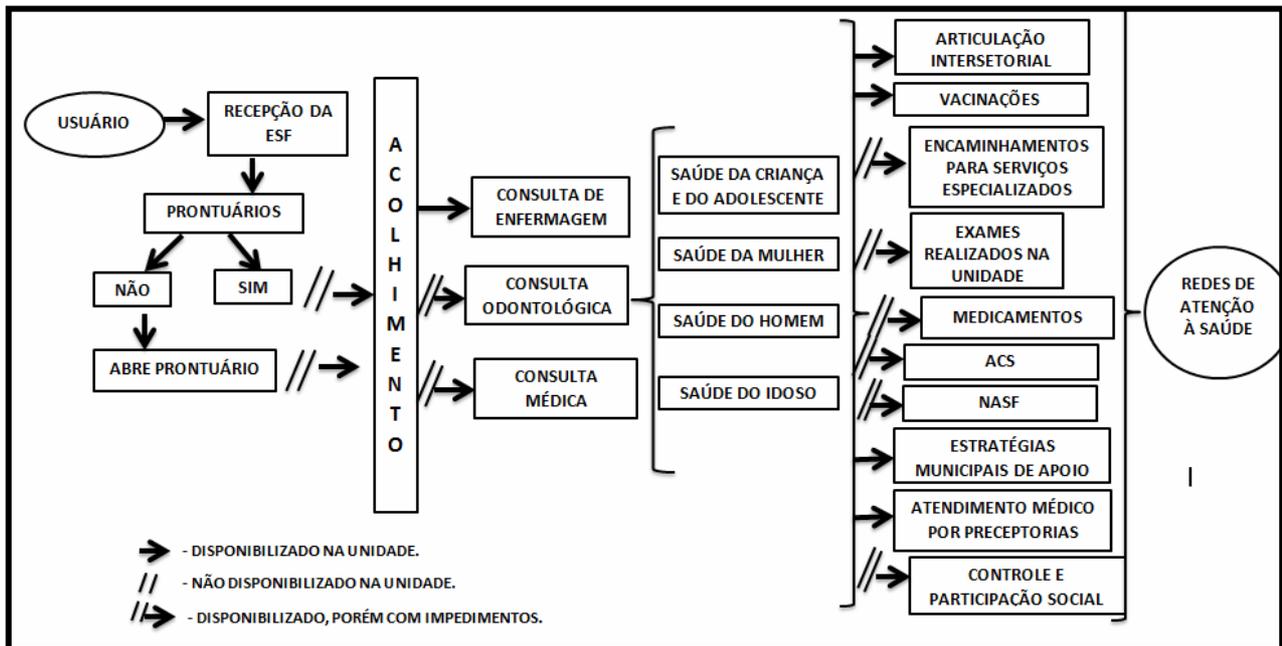
Figura 6- Conformação do fluxograma analisador da produção de cuidado.



Fonte: Merhy e Onocko (1997)

Portanto, em resumo a todos os aspectos supracitados foi criado um fluxograma visando apresentar as conformações da produção de cuidado na ESF.

Figura 7- Fluxograma analisador da produção de cuidado da ESF.



Fonte: Adaptado Merhy e Onocko (1997)

Em suma, é indispensável à contribuição dos sujeitos individuais e coletivos, que se materializam na produção de novas realidades sociais para buscar maior universalidade e equidade voltadas para relação oferta/demanda, organização dos sistemas hierarquizados de atenção à saúde, capacidade de emancipação dos sujeitos sociais individuais e coletivos, maior compreensão dos elementos subjetivos no momento de determinar as atividades para intervir sobre o processo saúde-doença e sobre as organizações de saúde, consideradas complexas por natureza (JESUS; ASSIS, 2010).

Portanto, para uma produção efetiva de cuidado pautado nos atributos supracitados é necessário que os trabalhadores de saúde de gestores reconheçam a contribuição da estrutura e do processo de trabalho para a qualidade do cuidado em saúde.

5.2- A PRODUÇÃO DO CUIDADO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DA SEGURANÇA DO PACIENTE.

A segurança do paciente corresponde ao mínimo aceitável do risco de danos desnecessários relacionados ao cuidado em saúde (RUNCIMAN, HIBBERT, THOMSON, SCHAAF, SHERMAN, LEWALLE, 2009).

A segurança do paciente constitui um atributo indispensável para a qualidade do cuidado em saúde nos mais diversos níveis de atenção.

De fato, a atenção primária à saúde no Brasil com foco na saúde da família ainda é uma estratégia jovem que com apenas 20 anos já conseguiu concretizar inúmeros avanços almejados pelo sistema de saúde.

Porém, é importante destacar que para a construção da produção de cuidado de qualidade é imprescindível à formulação e o aprimoramento de estratégias para que os trabalhadores de saúde disponibilizem um cuidado seguro.

É sabido que as práticas implementadas nos serviço de saúde são fundamentadas em conhecimentos científicos. Porém, durante pesquisas bibliográficas a autora pôde constatar a necessidade de pesquisas voltadas para segurança do paciente na atenção primária no Brasil que proporcione subsídios teóricos para o direcionamento da prática.

Para que estudos e pesquisas sejam direcionados para a prática e tenham aplicabilidade, primeiramente é necessário identificar os conhecimentos dos trabalhadores de saúde no que concerne à segurança em um contexto ampliado, ao cuidado seguro e a influência do trabalhador de saúde para a segurança do paciente; só assim será possível direcionar e implementar estratégias e inovações futuras com foco na prática.

Deste modo identificamos que os trabalhadores reconhecem segurança como:

É proteção, se eu estou protegida, eu me sinto segura (ENFERMEIRA- 157- UNIDADE 10).

Cuidado, precaução [...](ENFERMEIRA- 148- UNIDADE 09).

É o que é confiável [...](EFERMEIRA- 141- UNIDADE 03).

É se sentir que tem alguém para proteger (ACS- 154- UNIDADE 09).

*Proteção, é você chegar a qualquer lugar e sentir protegida[...]
(ENFERMEIRA- 145- UNIDADE 07).*

Portanto, com os resultados desta pesquisa foi possível identificar que os trabalhadores referiram que segurança no contexto ampliado remete a confiança, proteção, precaução. Ou seja, os eles relacionam segurança a resultados positivos do cuidado em saúde e a atributos da inter-relação entre trabalhadores de saúde e usuários no amplo contexto do processo de cuidar. Deste modo é possível inferir que a falta de segurança está atribuída a representações negativas como desproteção, e desconfiança.

Guerreiro (2013) ressalta a importância do vínculo entre trabalhadores e usuários como fator favorável ao diálogo e as relações de confiança, melhorando o desfecho clínico dos pacientes/usuários. Assim, emerge a importância do trabalhador de saúde conhecer o usuário pelo nome e o usuário conhecer o membro da equipe de saúde da família responsável pela sua área, para que juntos construam um cuidado em saúde mais efetivo e eficaz.

Quanto à precaução e a confiança, é indispensável atribuí-los à qualidade com foco na relação entre trabalhador e usuário, pois Fonseca, Peterlini, Costa (2014) aponta que os aspectos intrínsecos do cuidado em saúde que geram confiança resultam em satisfação tanto no usuário como no trabalhador de saúde.

Já no que concerne a proteção na atenção primária, é fundamental destacar as ações de promoção da saúde e prevenção de adoecimentos e agravos como práticas fundamentais a serem implementadas na ESF e como dispositivos geradores de saúde. Porém, Bernardes, Pereira e Souza (2008) estudando os contextos em que são aplicadas as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças ressaltam que há uma confusão nos discursos dos entrevistados de que APS sobre promoção e prevenção, direcionando a ESF a gerar novas práticas de saúde, nas quais haja integração das ações assistenciais e preventivas fragilizadas pela organização do serviço de saúde.

É fato que os usuários estão cada vez mais exigentes para a qualidade (FONSECA, 2014) assim, é necessário que os profissionais entendam a segurança como aspecto gerador de benefícios para os usuários e que construam um cuidado pautado no diálogo, na autonomia e no respeito.

Quanto à segurança permeada no contexto da saúde e como foco na ESF, foi possível constatar que os trabalhadores apontam:

[...]é quando você executa uma ação confiável que não vai causar danos ao usuário (ENFERMEIRA- 141- UNIDADE 03).

Primeiramente a ética que devemos ter para com o paciente se sentir seguro (TÉCNICA DE ENFERMAGEM 11 UNIDADE- 8).

Penso como um direito do ser humano[...] (TÉCNICA DE ENFERMAGEM- 110- UNIDADE 02).

É você ter um apoio na equipe, na comunidade, é passar para as pessoas que você está disponível para ajudar nas situações, porque quando você é ACS tem que está disponível a todo o momento para a população (ACS 103- UNIDADE 1).

Penso que quando damos apoio e cuidando com zelo promovemos segurança dentro do setor saúde. Se avaliamos todos os prejuízos dentro de um planejamento terapêutico prevenimos e eliminamos os riscos e assim promovemos segurança. Então a segurança é uma necessidade prioritária do paciente, pois ao olharmos para o paciente além de sua queixa está prevenindo para nada mais dar errado (GERENTE 115- UNIDADE 2).

Temos muitas pessoas que nos procuram porque tem segurança no nosso trabalho, porque sabem que aqui eles vão tirar suas dúvidas, vão saber que tem pessoas cuidando dele[...] (ENFERMEIRA 109- UNIDADE 2).

Na perspectiva da segurança alinhada a cuidados em saúde, foi possível constatar que é entendida pelos trabalhadores de saúde como um aspecto primordial para o cuidado em saúde, como um direito do ser humano que procura uma unidade de saúde, sendo praticada por meio da capacidade de poder ajudar o usuário e proporcionar proteção, tranquilidade e ética.

É fundamental ressaltar que a proteção do usuário na atenção primária deve ir além dos contextos vivenciados atualmente, que tem o enfoque na doença, que realizam vacinações, perpassam o processo saúde- doença e que não vislumbram ou não reconhecem as possibilidades que o sistema tem de gerar desproteção a estes usuários.

Um bom exemplo de desproteção aos usuários documentados durante a observação sistemática é com relação a central de material e esterilização nas unidades básicas de saúde. Durante a observação foi possível identificar que a principal responsável pela esterilização dos materiais odontológicos, médico assistenciais e de enfermagem é uma técnica de enfermagem.

Com uma observação mais apurada, pois possível constatar que a técnica de enfermagem durante o processo de esterilização possui um auxílio muito pequeno das enfermeiras da unidade, se restringindo muitas vezes ao tipo preparo de pacotes. Outro aspecto que merece destaque é com

relação ao desconhecimento da equipe e da gerente quanto às normas preconizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária para esterilização de materiais. Os profissionais da unidade chegam a reconhecer o Indicador de Qualidade Classe 1 como um indicador de esterilização do material. Porém, as Práticas Recomendadas pela Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Central de Material de Centro Cirúrgico e Esterilização (2013) referem este indicador como de processo, ou seja, que é utilizado somente para diferenciar os materiais que estiveram na autoclave dos que não estiveram. Não sendo comprovada uma esterilização de qualidade, pois para isso são necessários outros indicadores que controlam os parâmetros e a destruição de agentes contaminantes.

Ao buscar a existência de indicadores de qualidade com classes mais elevadas que pudessem comprovar a efetiva esterilização do material, foi possível identificar que a gestão não disponibiliza estes tipos de indicadores para as unidades básicas de saúde.

Outro aspecto que merece destaque é que durante o período de coleta de dados, ou seja, de observação nas unidades à gestão disponibilizou um Procedimento Operacional Padrão- POP para direcionar as ações na unidade básica de saúde. De fato, se caracteriza como uma boa ideia para padronização das ações, porém, ao ler o material foi possível identificar que haviam procedimentos ultrapassados, e que grande parte das referências bibliográficas utilizadas são de mais de cinco anos.

Assim, me vem a seguinte indagação: Como disponibilizar uma assistência protetiva durante procedimentos odontológicos, médico assistenciais e de enfermagem se os pacientes estão possivelmente suscetíveis a agentes patogênicos durante uma assistência com materiais contaminados ou infectados?

Fonseca (2014) relata que as investigações sobre segurança o paciente devem subsidiar tomadas de decisões e intervenções da gestão modificando a prática do cuidado. Deste modo, é válido aqui salientar a importância do reconhecimento e da implementação de ações pautadas na segurança do paciente para que a assistência seja segura e que não leve este usuário a necessitar de cuidados secundários e terciários por eventos adversos durante o cuidado na ESF.

Para tanto, torna-se necessária à fundamentação de ações pautadas em um cuidado seguro na ESF. Com esta pesquisa foi possível identificar que os trabalhadores de saúde reconhecem um cuidado seguro como:

Cuidar bem, tratar da melhor forma possível, fazer o tratamento certo, com o remédio certo, ter zelo não só com ele, mas também com a família dele, é

promover saúde, conversar bem, orientar (ENFERMEIRA 157- UNIDADE 10).

É ter a humildade de perguntar quando você tem dúvidas para não passar tratamento errado para o paciente (MÉDICA 113- UNIDADE 02).

É o cuidado em que você vai contemplar tudo aquilo que o ministério preconiza, o que é correto, o que a literatura diz e que não traga prejuízos para a saúde da pessoa (ENFERMEIRA 141- UNIDADE 03).

É quando administro a vacina de uma forma que não vai prejudicar, não vai causar nenhuma sequela, nenhum dano à saúde do paciente (TÉCNICA DE ENFERMAGEM 127- UNIDADE 05).

Um cuidado seguro é eu estar enviando aquele paciente para o médico, devidamente, de acordo com aquela patologia. E assim, o médico solicitar os cuidados necessários aquele paciente e eu poder fazer abordagem correta daquele paciente (ACS 122- UNIDADE 04).

É aquele cuidado, que quando você vai praticar tem certeza do que está fazendo (ENFERMEIRA 1- UNIDADE 03).

Durante a pesquisa foi possível identificar que os trabalhadores de saúde compreendem que o cuidado seguro é entendido como um cuidado de qualidade, contínuo, equitativo, resolutivo, de confiança, acessível, realizado com humildade, que gera satisfação aos usuários e que é baseado em conhecimentos científicos.

Porém, é importante destacar que dentre os trabalhadores de saúde, os de nível superior principalmente, referem o cuidado seguro como a diminuição ao mínimo dos possíveis riscos que podem prejudicar os usuários.

É o cuidado em que os riscos sejam os mínimos possíveis, onde os riscos são evitados para não prejudicar a saúde da população e nem a dos profissionais (GERENTE 126- UNIDADE 5).

A segurança do paciente é uma questão de grande relevância para as instituições de saúde, onde os profissionais têm funções primordiais para tornar o cuidado em saúde mais seguro (FONSECA, 2014). Pesquisas apontam alta proporção de eventos adversos evitáveis em hospitais brasileiros, enfatizando a importância da segurança do paciente (CAPUCHO, ARNAS, CASSIANI, 2013). É sabido que os eventos adversos geram altos custos ao sistema de saúde, com grande

desperdício financeiro para tratar estes danos, acarretando perda da confiança e insatisfação na relação entre profissional e usuários (FONSECA; PETERLINI; COSTA, 2014).

Deste modo, emerge o seguinte questionamento: Como direcionar ações para um cuidado seguro na atenção primária se não temos dados científicos concretos sobre o sistema brasileiro que apontem a proporção de eventos adversos?

Apesar dos profissionais reconhecerem a importância de um cuidado seguro, é possível perceber que este assunto ainda é pouco debatido na ESF. Portanto, diante da PNSP a gestão deve direcionar estratégias assistenciais geradoras de cuidados seguros que tenham impacto positivo na saúde da população. Ou seja, torna-se necessário destacar um cuidado seguro como atributo gerador de resultados positivos na saúde da população.

Para que um cuidado seja seguro é imprescindível reconhecer o sentido das nomenclaturas e a sua aplicabilidade na prática. O erro em saúde é definido como uma falha em executar um plano de ação como pretendido ou a implementação de um plano incorreto. O incidente é um evento ou circunstância que: se não atingiu o paciente - Near Miss; que poderia ter resultado em dano ao paciente - incidente sem dano; ou que proporcionou danos ao paciente - incidente com dano ou evento adverso (RUCIMAN; HIBBERT; THOMSON; SCHAAF, 2009).

Os incidentes que ocorrem durante o cuidado em saúde devem ser informados ou notificados aos gestores do serviço de saúde para que medidas de prevenção possam ser tomadas (CAPUCHO, ARNAS, CASSIANI, 2013).

Durante a observação foi identificado que não existe documento de informação ou notificação de incidentes na ESF, a não ser umas fichas de controle exclusivo para aspectos vacinais. Deste modo, a única opção que resta ao gerente diante dos incidentes é realização de ações e direcionamentos para a gestão. As ações são conversar e orientações que a gerente realiza com a pessoa envolvida para que o incidente não aconteça novamente, e os direcionamentos para a gestão são aplicados por meio do relatório de desempenho quando o trabalhador de saúde não influencia para um bom direcionamento de cuidado assistencial e está prejudicando tanto os pacientes como o cuidado da própria equipe.

Assim, fica explícito que a cultura presente na atenção primária é a de punição, ou seja, a de apontar apenas um trabalhador de saúde pela culpa do erro. Fonseca (2014) ressalta que é

fundamental que as instituições de saúde estimulem a cultura da não punição, incentivando assim a notificação de eventos adversos e implementando ações de prevenção.

A cultura da intimidação está presente nas instituições de saúde, pois é mais fácil culpar uma pessoa do que ter que mudar todo o sistema assistencial (FONSECA, 2014). Ou seja, a maior dificuldade dos especialistas em segurança do paciente é o entendimento por parte da gestão que a causa do erro e dos eventos adversos é multifatorial e que os trabalhadores de saúde estão suscetíveis a cometer eventos adversos quando o cuidado é complexo ou mal planejado (FONSECA, 2014).

Para que o trabalhador de saúde possa planejar um cuidado seguro ele necessita reconhecer suas funções e sua influência para a segurança do paciente.

Deste modo, é importante salientar que o trabalhador de saúde tem influência direta para a segurança do paciente, e que este deve fundamentar seu cuidado para proporcionar um resultado de qualidade. Diante de tal constatação torna-se relevante apresentar a visão dos trabalhadores de saúde frente a sua influência para a segurança do paciente na atenção primária.

Nossa maior influencia é com a orientação para o cuidado seja no posto, ou em uma consulta, em uma visita que a gente realiza para aquelas pessoas que não conseguem vir ao posto, os acamados [...] (ENFERMEIRA- 145- UNIDADE 07).

Se a gente avaliar criteriosamente o paciente com um todo estamos promovendo segurança (GERENTE- 115- UNIDADE 02).

Dando um atendimento de qualidade e com ética (TÉCNICA DE ENFERMAGEM- 127- UNIDADE 05).

[...] influencia na postura, tendo uma postura segura, confiante sobre o tratamento (DENTISTA- 130- UNIDADE 05).

Acho que com o sigilo, que é muito importante, com a organização, deixar prontuário organizado para ninguém ter contato e saber de algumas doenças mais graves de alguns pacientes, e sempre estar cuidado e orientando bem o paciente (ENFERMEIRO- 157- UNIDADE 10).

Através das capacitações, quando se capacita para aquela função você passa mais segurança tanto para você mesmo quanto para o usuário,

porque ele ver que você está apto para aquela função (ENFERMEIRA- 12-UNIDADE 8).

De fato a influência do trabalhador de saúde para a segurança do paciente na atenção primária é reconhecida e está alicerçada no contexto da promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, e pautado ética, efetividade, eficiência e na qualidade do cuidado. Porém, é nítido nas falas um contexto diversificado entre os trabalhadores de saúde, sendo poucos os que possuem um direcionamento para contextualizar o seu ponto de vista.

Deste modo, é válido ressaltar que mais importante do que o trabalhador de saúde identificar a relevância da segurança do paciente, é ele possuir conhecimentos práticos e implementá-los durante o seu cuidado, direcionando um cuidado seguro para uma manutenção e reestabelecimento da saúde da população.

Fonseca (2014) aponta que existe um grande déficit de conhecimentos dos profissionais para implantar medidas que de fato reduzam os erros, de modo que a formação dos trabalhadores de saúde até hoje não inclui atributos adequados para o enfrentamento das necessidades do sistema para proporcionar segurança ao paciente.

Portanto, torna-se necessário a implementação de ações de educação permanente voltadas para as reais necessidades dos profissionais e a formação de um núcleo de segurança, como previsto na PNSP, para implementar estratégias de consolidação da segurança do paciente na ESF.

Outro aspecto que merece destaque é quanto à percepção dos usuários para com o cuidado recebido na ESF. Foi possível constatar que:

É crítico, porque ele estava atendendo outra paciente e nem trocou a luva para me atender, era pra ser uma luva para cada paciente. Isso me deixou insegura porque é uma coisa muito perigosa. Estamos correndo riscos diariamente (GRUPO 02).

Dá medo, eu tenho que fazer um tratamento, tenho cisto no meu seio e acontece tanta coisa que fico com medo, me sinto tão humilhada, e eu venho não consigo receber o exame, tem que remarcar[...](GRUPO 03).

Tem casos que há segurança, já em outros não. Quando minha irmã estava grávida, ela achava que já estava com X meses, mas para o pessoal do posto era Y e que já estava passando, aí os médicos quiseram operar ela, mas ainda não estava na hora e o neném morreu. Erraram a contagem, disseram que estava passando do tempo, mas não estava. Na minha também

eles erraram a contagem, mas eu não deixei porque não estava passando (GRUPO 10).

Para o básico o atendimento daqui resolve, mas se for mais sério tem que procurar um recurso mais rápido porque aqui demora pra marcar consulta, pra receber exame [...] (GRUPO 09).

Eu não sou satisfeita, não confio e nem acredito neles, pode é marcar prevenção que eu não faço, porque eu sei que vão falar[...]Uma vez a enfermeira aplicou aqui em uma veia errada, aí meu braço inchou e ela disse que não pegou na veia, que pegou foi na carne, mas ela errou porque estava olhando e conversando com outra pessoa, eu não sei como é que uma profissional faz isso[...] (GRUPO 07).

Os usuários relatam insegurança com o cuidado recebido na ESF, de modo que este sentimento é gerado pelos usuários pelo fato de já terem sido vítimas de eventos adversos na unidade, por conhecer alguém que já foi vítima, por identificar comportamentos de trabalhadores de saúde que não correspondem com práticas de cuidado seguro se por utilizar um sistema que não possibilita uma real resolubilidade da problemática vivenciada.

Assim, é possível constatar que são muitos os contextos analisados que geram insegurança ao usuário da ESF, e com as falas supracitadas fica cada vez mais nítida a necessidade de conhecimentos práticos e implementação de atitudes seguras na ESF.

É válido ressaltar que a (in)satisfação dos usuários é reconhecida pelos trabalhadores como o resultado do trabalho em saúde e deve direcionar os gestores para a formulação de políticas e ações voltadas para as necessidades do sistema.

Ao analisar a produção do cuidado da estratégia saúde da família na perspectiva da segurança do paciente emergiram quatro principais aspectos: o reconhecimento da segurança por parte dos trabalhadores de saúde; um cuidado seguro como um cuidado de qualidade, contínuo, equitativo, resolutivo, de confiança, acessível, realizado com humildade, que gera satisfação aos usuários e que é baseado em conhecimentos científicos; a necessidade da influência prática do trabalhador de saúde para a segurança do paciente e de um cuidado mais seguro que não gere danos aos pacientes; e a insatisfação dos usuários diante dos incidentes ocorridos na ESF.

Diante de tais resultados surge a necessidade de novos dispositivos para aprimorar e direcionar práticas inovadoras de saúde pautadas na segurança do paciente e que gerem satisfação aos usuários.

O PNSP tem quatro principais eixos para direcionamento dos serviços de saúde: o estímulo a uma assistência segura; o envolvimento do cidadão para sua segurança; a inclusão da temática no ensino; e o incremento de pesquisas (BRASIL, 2014).

Na perspectiva do estímulo da assistência segura Fonseca (2014) destaca que a necessidade existência de uma comissão de gerenciamento de risco e segurança do paciente como um dispositivo que tem como foco a identificação, avaliação, e controle dos perigos existentes, implantando ações e políticas de prevenção de riscos.

No que concerne ao envolvimento do cidadão para a vivência de práticas de saúde seguras, Fonseca (2014) refere que à autonomia do usuário deve ser assegurada diante de comunicação entre trabalhador de saúde e usuário.

Quanto à inclusão da temática no ensino e o incremento de pesquisas, torna-se necessário difundir a temática segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e na pós-graduação na área da Saúde e expandir as pesquisas sobre segurança do paciente para a atenção primária, já que os estudos sobre os eventos adversos têm se concentrado em hospitais e sendo poucos os realizados na atenção primária e domiciliar (BRASIL, 2014).

Analisando todos os contextos supracitados, Brasil (2014) destaca que a cultura de segurança do paciente se caracteriza como elemento que perpassa todos esses eixos (BRASIL, 2014), pois trata-se de uma forma sistêmica de analisar as razões pelas quais os erros acontecem (PEREIRA; BARROSO; NETO, 2011).

Erros acontecem por falhas em um sistema e não são culpas dos indivíduos. Estas falhas podem ter relação com fatores tais como gerenciais, governamentais, educacionais e culturais, de modo que uma cultura de segurança implica na possibilidade da prevenção dos erros (FONSECA, 2014).

Ou seja, quando existe nos serviços de saúde uma cultura de segurança, os indivíduos atuantes no processo de trabalho sentem-se confortáveis e tem liberdade para notificar riscos potenciais ou falhas sem receio de censura por parte do gestor (WACHTER, 2013).

Diante das constatações supracitadas torna-se necessário fundamentar a atenção primária com os princípios da cultura de segurança para que seja possível minimizar possíveis incidentes durante o cuidado em saúde.

Outro aspecto de relevância para a produção do cuidado para segurança do paciente na ESF é a estruturação assistencial com foco na transdisciplinaridade, pois é fato que os trabalhadores de saúde são muito focados em seu próprio desempenho e que a comunicação entre eles é deficitária, prejudicando assim o trabalho em equipe (FONSECA, 2014).

Muitos estudos em saúde apontam a importância da interdisciplinaridade, que é compreendida como uma interação entre a teoria e a prática, conteúdo e realidade, objetividade e subjetividade, ensino e avaliação, reflexão e ação. Porém, a transdisciplinaridade vislumbra superar a fragmentação intelectual estabelecida pelos programas de ensino, tendo como referência o cotidiano e sendo capaz de captar a dialógica dos fenômenos presentes nos serviços de saúde (FONSECA, 2014).

A transdisciplinaridade é fundamentada na intensão, humildade, totalidade e respeito pelo outro. Assim, Fonseca (2014) garante que a transdisciplinaridade se caracteriza como um único modo de garantir uma cultura de segurança nas instituições de saúde, pois a mesma possibilita uma revisão atual do paradigma da ciência, que tem a intensão de revelar o valor de um projeto coletivo de trabalho.

Em suma, pode-se considerar a necessidade da superação das adversidades vivenciadas na ESF por meio da efetivação de uma produção de cuidado segura voltada para a implementação de uma cultura de segurança com foco transdisciplinaridade. Para tanto, é necessário criar um núcleo de segurança do paciente e gestão de risco articulado com a gestão municipal de saúde, direcionar o sistema para uma visão sistêmica do processo de trabalho e dos incidentes identificados na unidade, identificar as necessidades e implementar um serviço estruturado de acompanhamento e de educação permanente para os trabalhadores de saúde.

5.3- INTER-RELAÇÃO ENTRE A PRODUÇÃO DO CUIDADO E A SEGURANÇA DO PACIENTE NA CONCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE E USUÁRIOS DA ESF

A produção de cuidado é permeada pela possibilidade de uma construção dialógica entre os atores dos serviços de saúde e estabelecida por leitura de códigos, valores, símbolos e normas (LIMA; MOREIRA; JORGE, 2013).

Estando ciente que a ESF é fundamentada pela relação dialógica entre trabalhadores e saúde e usuários, e que a compreensão dos atributos necessários para segurança do paciente é a principal estratégia para um cuidado seguro, torna-se indispensável compreender a inter-relação da produção do cuidado e da segurança do paciente com vistas a alcançar cuidado de qualidade como resultado.

Nesta pesquisa buscamos compreender o resultado do arcabouço teórico e prático do serviço de saúde pela capacidade ou não de proporcionar aos usuários um cuidado de qualidade por meio da resolubilidade, efetividade, eficácia, segurança resultando em satisfação ou não do usuário e do trabalhador.

É importante destacar que a opinião do usuário da ESF tem grande relevância para esta pesquisa, pois é entendido que esta é fortalecida pela gestão democrática por meio do controle social das políticas públicas, asseguradas na Lei Orgânica da Saúde (Lei no 8.142/90).

O primeiro aspecto emergido durante a análise dos dados foi com relação ao empenho e comprometimento dos trabalhadores de saúde para com o serviço disponibilizado.

O comprometimento é definido como a intensidade e a estabilidade da relação entre indivíduo e organização em que trabalha organizacional, portanto, se caracteriza como um conceito essencial no estudo dos comportamentos dos indivíduos em relação ao trabalho (SILLOTO; ANDRADE. 2014).

Ou seja, o trabalhador de saúde que tem fundamentos e direcionamentos teóricos- práticos voltados o comprometimento com cuidado disponibilizado se caracteriza no sistema de saúde como um dispositivo potencializador para um cuidado de qualidade.

Buscando analisar tal comportamento identificamos as seguintes falas:

[...]estou me desdobrando muito para dar conta da demanda e dos programas [...](ENFERMEIRA 157- UNIDADE 10).

A gente procura sempre fazer um trabalho de qualidade, procuramos resolver e fazer o procedimento que tem que ser feito da maneira correta [...] (DENTISTA 8- UNIDADE 8).

[...]eu faço de tudo para está tá ajudando os pacientes do meu território, os usuários, os pacientes da minha área (ACS 112- UNIDADE 2).

[...]procuro tratar as pessoas da maneira que eu gostaria de ser tratada[...](TÉCNICA DE ENFERMAGEM 127- UNIDADE 5).

É possível constatar com as falas supracitadas que o comprometimento do trabalhador com o cuidado em saúde se caracteriza como uma possibilidade de fundamentação de práticas de saúde mais seguras voltadas para a prevenção de eventos adversos na instituição.

De fato, os trabalhadores reconhecem a necessidade do comprometimento com o trabalho em saúde, porém, nem sempre este cuidado que é implementado gera os resultados esperados. Deste modo, é válido destacar que somente o comprometimento dos trabalhadores de saúde não garante o sucesso da organização, mas um elevado nível de comprometimento dos trabalhadores pode contribuir para a eficiência da organização, garantindo, assim, o alcance dos objetivos (SILLOTO; ANDRADE, 2014).

Já com relação aos usuários, é válido destacar que a (in)satisfação se apresenta como resultado deste comprometimento ou não, sendo possível identificar as seguintes falas:

Graças a Deus sempre que venho resolver algo consigo, o problema é o mal acolhimento, o difícil acesso ao médico, inclusive a gente fica tão feliz quando ganham uma ficha para falar com a médica[...]Tem que melhorar(GRUPO 1).

Os profissionais de enfermagem e médicos são ótimos, atendem bem, resolvem nossos problemas, não temos o que dizer.O problema mesmo é só lá na triagem (GRUPO 9).

Eu gosto do atendimento, nunca tive problemas, sempre que venho sou atendida, os enfermeiros são bons e nos atendem [...] (GRUPO 5)

Aqui as enfermeiras são bem legais, o que puderem fazer pela gente elas fazem mesmo, elas são ótimas (GRUPO 3).

O atendimento deles realmente é bom, o ruim mesmo é só esse pessoal que acolhe a gente, não sabemos o porquê, mas sabemos que isso tem que mudar (GRUPO 9).

O problema da enfermeira é que ela tem muitas reclamações, aí ela nos trata de forma grosseira, e ficamos um pouco chateadas, porque assim como precisamos deles, eles precisam da gente também para ter trabalho e ganhar dinheiro [...] E muita gente já reclama dela [...] Ela quer humilhar o pessoal e não é assim (GRUPO 1).

No que diz respeito aos usuários, verificou-se que eles relacionam de forma direta o comprometimento ou não dos trabalhadores de saúde com o resultado do cuidado da ESF. Um importante aspecto que merece destaque é com relação à insatisfação do Grupo 1 coma enfermeira, sendo possível destacar que durante as observações este fato foi comprovado pela pesquisadora e que a gerente tem ciência que esta problemática direciona para a diminuição do vínculo entre trabalhador e usuário e da segurança do paciente durante a produção do cuidado em saúde.

Durante a análise dos dados identificamos que para os trabalhadores de saúde a satisfação dos usuários representa um bom resultado da produção de cuidado. Assim, foi possível identificar com esta pesquisa satisfação dos usuários com o atendimento médico e de enfermagem na ESF. Este resultado também foi constatado por Santos, Oliveira e Oliveira (2010) que investigando a qualidade da assistência sob a perspectiva da satisfação do usuário revelou alto índice de satisfação dos usuários em relação à assistência oferecida pela ESF.

Deste modo, emerge a seguinte questão: Os usuários que referem satisfação com o atendimento na ESF relacionam esta satisfação com cuidado com a segurança do paciente?

É sabido que para efetivação de uma produção de cuidado seguro na ESF é necessário à fundamentação do sistema e do serviço de saúde para tal proposta. Apesar de muitas vezes não ser dada a devida condução, os eventos adversos na ESF são presentes e geram danos à população atendida como pudemos identificar na fala dos usuários da ESF.

[...]Eu não sou satisfeita, não confio e nem acredito neles... Uma vez a enfermeira aplicou aqui em uma veia errada, aí meu braço inchou e ela disse que não pegou na veia, que pegou foi na carne, mas ela errou porque estava olhando e conversando com outra pessoa, eu não sei como é que uma profissional faz isso [...](GRUPO 7).

Estamos correndo riscos diariamente (GRUPO 02).

[...]meu neto nasceu, a gravidez dele foi muito tumultuada e quando ele nasceu percebi que ele não era como os outros bebês, levei ele no posto e disseram que era normal, um mês depois era para marcar uma consulta com um médico que era muito ignorante, no dia eu disse que já tinha parido e criado 5 filhos e que o Guilherme não era normal, aí ele disse que ele estava

sendo era paparicado demais e que eu gostava era de andar. Chegou no 6º mês e mais nenhuma consulta tinha sido feita, aí falei pra enfermeira o que estava acontecendo e ela disse que não sabia quanto tempo ia levar para arrumar uma consulta com um pediatra, aí levei em uma clínica particular e foi descoberto que ele era autista, mas se o médico tivesse ajudado talvez ele estaria ainda melhor. Se fosse um parente, uma amiga ele teria ajudado. É tanto que agora todas as consultas dele eu faço particular, e outra, a ACS era para passar nas casas onde tem crianças como o Guilherme para, pelo menos, saber como estão as coisas” (GRUPO 5).

Em consonância com os hospitais, os erros decorrentes do resultado do cuidado em saúde na ESF geram danos que podem prejudicar completamente a qualidade de vida do usuário. Deste modo, é válido destacar que os erros acontecem não por culpa de um indivíduo, mas sim, por culpa de um sistema que não proporcionou subsídios necessários para a efetivação de um cuidado seguro (FONSECA, 2014).

Diante disso, foi possível identificar que além dos usuários, os trabalhadores de saúde reconhecem que os resultados não são perfeitos e que o sistema precisa de uma reestruturação para que seja possível disponibilizar um cuidado de qualidade e seguro.

Não é o ideal, tenho consciência disso, pois há uma grande demanda e uma desorganização desde os ACS passando pela Secretaria e todos os profissionais, então não tem como quantificar, mas vejo a satisfação do paciente na consulta e também quando eu passo a medicação e vejo que ele ficou bem (MÉDICO 106- UNIDADE 1).

[...]particularmente, não confio, sempre me questiono se o que ele (o médico) está dizendo é realmente o que está acontecendo, mas para o paciente procuro passar que ele deve confiar no profissional, por mais que eu não confie não posso passar essa minha insegurança para o paciente [...](ACS-159- UNIDADE 10).

Alguns exemplos que vivencio, umas gestantes fizeram exames de urina, e em todas deu infecção urinária, uma mais esclarecida disse que não estava doente e que o exame do laboratório público estava errado, então ela foi para um laboratório, fez o mesmo exame e deu tudo normal. Como na comunidade 99,9% das pessoas dependem do SUS, apenas o dessa gestante foi feito, então os mais necessitados não desfrutaram desse olhar, fizeram o tratamento com antibióticos, mas ficaram com aquela dúvida se elas realmente estavam com esse problema, ficou uma pergunta no ar... Eu sei que o SUS no Brasil é um dos melhores e tal, mas tem muita coisa a melhorar, por exemplo, o olhar, atenção, o cuidado dos profissionais, pois a gente sabe que existem diferentes profissionais [...]Então é entregar na mão de Deus e torcer que tenham bons profissionais (ACS-159- UNIDADE 10).

Sabendo que o IOM (1999) constatou que errar é inerente a condição humana, e que o erro deve ser encarado como um evento que pode trazer aprendizagem e melhoria da qualidade assistencial (FONSECA, 2014), torna-se necessários esforços dos sistemas e serviços de saúde para o reconhecimento dos eventos adversos na ESF e fundamentações de ações voltadas para prevenção destes.

Portanto, emerge a necessidade do trabalho em equipe com uma adequada comunicação entre os trabalhadores de saúde e usuários, estimulados pela educação permanente e, principalmente, pela discussão do erro com o intuito de aprender com a situação e não de punir quem errou (PAESE, 2013).

Para tanto, os usuários devem ser o centro das atenções dos trabalhadores de saúde. Eles devem entender sobre o seu diagnóstico, tratamentos e cuidados que precisam receber. Usuários adequadamente esclarecidos para lidar com suas necessidades de saúde são a principal fonte de prevenção de erros em saúde (FONSECA, 2014).

Uma estratégia para fundamentação de práticas de saúde que auxilia tanto trabalhadores de saúde como os usuários na ESF é um cuidado direcionado para ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos. Porém, foi possível identificar nas falas dos trabalhadores de saúde que:

Não temos condições de fazer aquele trabalho educativo nas unidades com palestras e orientações voltadas á prevenção, por isso fazemos mais o atendimento assistencial clínico e ocasionalmente fazemos visitas domiciliares (MÉDICA 131- UNIDADE 5).

[...]percebo as ações isoladas que não surtem efeito porque os diabéticos vêm várias vezes com glicemia alta [...]Então fico chateada porque não é eficiente. (MÉDICA 106- UNIDADE 1).

Fonseca (2014) refere que a implementação de medidas que visam à melhoria da qualidade são capazes de contribuir para a realização de práticas seguras. Porém, é importante destacar que o principal foco nas medidas de segurança são as pessoas envolvidas com o cuidado em saúde, ou seja, trabalhadores de saúde e usuários.

A maior parte dos usuários não reconhece os seus direitos e não são compreendidos pelos profissionais de saúde; e quando os usuários conhecem os trabalhadores não reagem às indagações

dos usuários. Ou seja, são raras as instituições de saúde que preparam os trabalhadores para informar ao paciente dos riscos durante o cuidado e dos possíveis erros (BRASIL, 2014).

Nesta perspectiva emerge a possibilidade da fundamentação do cuidado em saúde na ESF baseado em uma cultura de segurança como forma de direcionar práticas de saúde de qualidade e mais seguras.

Paese (2013) aponta que a qualidade da assistência ao paciente na atenção primária resulta de um atendimento seguro, e que para isso é necessário uma cultura de segurança estabelecida.

Para incorporação de uma cultura de segurança é necessário comprometimento da instituição e de seus gestores em identificar a necessidade da cultura de segurança e estabelecê-la como eixo norteador de sua organização (PAESE, 2013).

Com os elos de confiança firmados, as necessidades e os eventos adversos decorrentes da produção de cuidado são expostos mais claramente pelos trabalhadores de saúde e a gestão consegue intervir nos processos de trabalho e na formação permanente, empoderando os trabalhadores como forma de garantir uma cultura da segurança e u cuidado mais seguro(PAESE, 2013).

Além disso, os gestores devem envolver-se com as situações cotidianas e identificar dificuldades e desafios que o prestador do cuidado direto enfrenta diariamente, para, assim, criar um canal de comunicação efetivo com todas as instâncias do cuidado e permitir a construção da confiança entre os trabalhadores de saúde (PAESE, 2013).

O desenvolvimento de estratégias para a segurança do paciente do conhecimento e do cumprimento de normas e regulamentos que regem o funcionamento dos estabelecimentos de saúde, e para implementação de uma nova perspectiva de cuidado em saúde voltado para segurança do paciente é necessário elaboração de planos locais de saúde com foco na qualidade e segurança, monitoramento de indicadores pelo núcleo responsável, e uma gestão que estimule a utilização de protocolos e diretrizes clínicas (BRASIL, 2014).

Além das estratégias supracitadas, é importante evidenciar que o PNSP não é a única fonte capaz de mudar o quadro atual da saúde. Portanto, o cuidado em saúde deve ser constituído em redes de atenção, com uma reorientação das ações organizadas por região que se iniciam na atenção básica (BRASIL, 2014).

A PNSP direciona a criação de Núcleos de Segurança do paciente (NSP) na Portaria MS/GM nº 529 e na RDC 36/2013/ Anvisa. Os NSPs são instâncias que devem ser criadas nos estabelecimentos de saúde para promover e apoiar e incentivar e articular estratégias para a segurança do paciente. Na atenção primária à saúde pode ser criado um único núcleo, e este pode abranger as regiões de saúde conforme definição do gestor local (BRASIL, 2014).

Na área da saúde os profissionais que assumem cargos de gestão, e que se sentem comprometidos com a instituição em que trabalham, sustentam os valores e objetivos da organização, os quais frequentemente colidem com os seus valores profissionais (SILLOTO; ANDRADE, 2014).

A gestão na ESF é compartilhada com os gerentes de cada unidade de saúde, portanto, para estruturação do NSP é necessário o auxílio e comprometimento direto dos gerentes das unidades de saúde e dos trabalhadores de saúde.

Um segundo aspecto emergido com esta pesquisa foi com relação ao resultado direto da produção de cuidado, sendo possível identificar que apesar das limitações vivenciadas os trabalhadores de saúde reconhecem aspectos positivos como resultado individual da produção de cuidado.

[...]creio que o resultado do meu trabalho esteja sendo bom, não é ótimo pelos dois turnos a menos, mas bom porque as cobranças são imensas, tem dia que acho que não vou conseguir, mas espero que esteja tendo um bom resultado (ENFERMEIRA 157- UNIDADE 10).

De maneira geral é um resultado positivo, pois conseguimos diminuir as queixas, com relação ao aleitamento materno vejo que as mães aceitam as orientações e ficam felizes quando seus filhos ganham peso, quando adoecem bem menos, isso é um resultado efetivo. Mas os pacientes de saúde do trabalhador o resultado é pontual, porque eles vêm com dores, a gente passa medicamento, mas nunca dura muito tempo e sempre voltam com as mesmas queixas (MÉDICO 106- UNIDADE 1).

Quando você faz um bom trabalho há uma gratidão, porque nosso salário não é bom não somos muito valorizados aqui no município, mas essa gratidão de fazer o bem a todos tem muito valor (TÉCNICA DE ENFERMAGEM 110- UNIDADE 2).

Um resultado individual positivo é importante, porém um resultado positivo do trabalho em equipe se caracteriza como a real necessidade de fundamentação para um cuidado de qualidade que disponibilize segurança aos usuários na ESF.

No contexto da produção de cuidado, parte-se do pressuposto que os trabalhadores de saúde de uma mesma equipe de ESF agem de modo singular, isto é, de forma diferente entre eles, mesmo que estejam sob a mesma diretrizes normativas (FRANCO; MERHY, 2012).

Nesta perspectiva, as normas da ESF que têm como atributo padronizar as condutas dos trabalhadores influenciam na atividade dos trabalhadores. No momento em que ocorre o encontro entre trabalhador e usuário durante o processo de trabalho, é que é definido como este cuidado se realiza. Portanto, a capacidade dos níveis gestores em influenciar a ação cotidiana de cada trabalhador é reduzida, e muito diferenciada (FRANCO; MERHY, 2012).

A produção subjetiva na vida e no trabalho é marcada por uma intensa desconstrução e construção de territórios existenciais, influenciados pelo saber, pela dimensão sensível de percepção da vida, e de si mesmo, e pela intensidade de fluxos contínuos entre sujeitos que atuam na construção da realidade social (FRANCO; MERHY, 2012).

Lima, Pires, Forte e Medeiros (2014) afirmam as condições para a realização do trabalho influenciam diretamente no resultado do trabalho, de modo que a existência de macroproblemas da rede assistencial fragilizam a atenção básica e o SUS. Tais problemas são de ordem estrutural, política, cultural e de déficit de investimentos financeiros, sinalizando um longo e difícil caminho a ser trilhado.

Neste contexto emerge a função do gerente das unidades da ESF. O trabalho dos gerentes na ESF engloba diferentes ações, que vão desde a marcação de consulta até o gerenciamento de recursos, ou seja, o gerenciamento em saúde ainda é centrado no modelo biomédico, tem o foco na cura, nas ações individuais e na fragmentação das ações (MELO; GOULART, 2012).

No que concerne ao resultado do trabalho das gerentes da ESF contatamos que:

A gente não agrada a todo mundo, mas pelo pouco tempo que estou aqui e pelo que o povo fala já houve uma grande mudança (GERENTE 156-UNIDADE 10).

[...]trabalho há 15 anos na gerência e me sinto bem, mas tem vezes que me sinto um pouco fraca porque temos limitações, às vezes não temos

autonomia que deveríamos ter para com outras unidades, outros serviços, uma das nossas maiores dificuldades é o gerenciamento dos recursos humanos, mas como profissional tento ver a situação do funcionário para ver como ele se sente aqui dentro, mas tem vezes que eles abusam da bondade, do reconhecimento para não fazer o trabalho da forma correta aqui dentro, sou muito compreensiva, assumo muitas coisas que não deveriam assumir e acabo não deixando que alguns sejam cobrados pelo que fizeram, e vejo que nesse momento eu não deveria ser assim (GERENTE 115- UNIDADE 3).

Pontuar qual seria o resultado do meu trabalho é um pouco complicado porque a cada dia você se depara com novas situações que você vai ter que garantir um novo resultado, quando você está atingindo um nível, aparece outros desafios que precisam de outras soluções, então acho que o resultado é ao longo prazo, mas quando você consegue estimular uma equipe a fazer uma atividade, envolver a equipe, mesmo que seja só a equipe de enfermagem, fazer com que eles compreendam as situações vivenciadas a cada dia dentro da unidade, então isso é resultado[...](GERENTE 119- UNIDADE 1).

O gerenciamento de território na ESF é algo recente, não tendo ainda definição específica para equipes da ESF, apesar de ser emanada com a NOB – SUS 01/1996(NETO;SAMPAIO, 2012).

Para gerenciar um território da ESF necessita-se de trabalhadores que compreendam os processos sociais, políticos, culturais, epidemiológicos, ecológicos e históricos, agregando saberes e práticas próprias das Ciências Sociais, da Saúde e Humanas (NETO;SAMPAIO, 2012).

Melo e Goulart (2012) destacam que a atuação do gerente da ESF deve ir além da implementação de atividades aleatórias. Eles precisam estabelecer um equilíbrio entre as ações planejadas, as programadas e as imprevistas, se não eles podem ser direcionados para demandas espontâneas, não efetivando um trabalho planejado e de qualidade.

Outro aspecto encontrado por Melo e Goulart (2012) que está em consonância com os resultados desta pesquisa é com relação falta de autonomia da gerência e a existência de fatores mais dificultadores do que facilitadores da função.

Ou seja, os gerentes da ESF possuem responsabilização pelo território, controle do processo saúde-doença ali desenvolvido, vigilância, territorialização sanitária e planejamento do processo de produção em saúde (NETO;SAMPAIO, 2012).

Sabe-se que a qualidade da produção de cuidado é o objetivo das ações de trabalhadores e gerentes da ESF, porém, para que esta seja efetivada, é necessária a presença de estruturas e processos assistências que fundamentem este cuidado.

Analisando o contexto do resultado da produção de cuidado e da segurança do paciente é possível assegurar que é necessário repensar as práticas de saúde dos gerentes e dos trabalhadores da ESF, de modo que a gestão torna-se responsável por fundamentar práticas de saúde e proporcionar subsídios teóricos estruturais e processuais para que cuidado em saúde resulte em qualidade.

Na perspectiva do aprimoramento do cuidado voltado para a segurança do paciente, é indispensável à criação e atuação de um NSP atuante, que crie mecanismos sistêmicos evitar que o erro atinja o usuário e que direcione os trabalhadores de saúde e usuários para promoção de uma cultura de segura.

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de todos os avanços do Sistema Único de saúde, a qualidade em saúde ainda se caracteriza como um desafio diário para os trabalhadores de saúde e usuários da ESF. Nesta perspectiva vemos a segurança do paciente na atenção à saúde como uma fundamentação prática de superação de modelos de saúde tradicionais que não incorporam a complementariedade entre usuário e trabalhador de saúde para a construção de práticas de saúde que promovam a prevenção de eventos adversos que podem gerar danos à saúde do usuário.

Ou seja, as perspectivas da segurança do paciente emergem como uma possibilidade de fundamentação prática para que seja disponibilizado um cuidado em saúde que não gere danos e que atenda as necessidades dos usuários.

Foi possível identificar que a produção de cuidado de qualidade é reconhecida como necessária pelos trabalhadores de saúde um cuidado integral, resolutivo, contínuo, fundamentado na comunicação e que atende as necessidades dos usuários. Porém, além de reconhecer estas práticas, os trabalhadores de saúde devem direcionar seus cuidados para estas práticas, visando proporcionar um cuidado seguro.

No Brasil a segurança na atenção à saúde teve sua maior ascensão com o lançamento do PNSP no ano de 2013. As políticas anteriores priorizavam o ambiente hospitalar, portanto, compreende-se do por que da ESF ainda não ter incorporado práticas reais voltadas para a prevenção de eventos adversos e de uma cultura de segurança.

No âmbito da segurança na atenção a saúde foi possível apreender que os trabalhadores reconhecem a segurança no contexto ampliado como confiança, proteção, precaução durante o cuidado em saúde. Ou seja, os trabalhadores de saúde relacionam segurança a resultados positivos do cuidado em saúde e com atributos da inter-relação entre trabalhador de saúde e usuário nos contextos amplos da vida.

Não obstante a percepção dos trabalhadores de saúde sobre segurança o paciente, identificamos nas falas dos usuários que aspectos necessários para uma maior segurança do paciente na ESF estão relacionados com um melhor direcionamento dos usuários para realização de exames e consultas especializadas, com um bom relacionamento dos usuários com os recepcionistas das unidades, com a presença do profissional médico na unidade, e com ações efetivas de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos.

Já no que concerne a gestão, é importante destacar que a PNSP direciona a criação e estruturação de Núcleo de Segurança do Paciente na ESF como forma de possibilitar o aprimoramento dos cuidados em saúde por meio da gestão de riscos, prevenindo e acompanhando eventos adversos e proporcionando um cuidado mais seguro na ESF.

De fato, a complexidade para a efetivação de um cuidado seguro na ESF é um atributo importante e, portanto, torna-se necessário pesquisas que direcionem e que implementem estratégias para o direcionamento de cuidados mais seguros e de instrumentos e indicadores voltados para a prática clínica que possibilitem tanto a gestão como os trabalhadores de saúde reconhecer as necessidade e potencialidades dos serviços de saúde e dos profissionais.

Portanto, para que se possa prover uma real qualidade nos serviços de saúde com foco segurança do paciente na ESF deve-se compreender os atributos implicados na produção de cuidado na ESF, reconhecer as potencialidade e necessidades do serviço relatadas pelos usuários, articular trabalhadores de saúde, usuários e a gestão visando edificar um NSP que tenha efetividade em suas ações, para que com o decorrer do tempo se possa construir uma cultura de segurança na ESF direcionando para segurança do paciente.

Nesta perspectiva emerge a gestão da clínica como uma possibilidade de parceria entre o usuário e trabalhador de saúde, focada na compreensão sistêmica, o trabalho em equipe, a comunicação, o pertencimento e a liderança. Esta perspectiva é fundamentada pela mudança cultural no sistema como um todo, fornecendo os meios para desenvolver uma capacidade organizacional para ofertar cuidado com qualidade assegurada de forma sustentável e responsável.

Apesar de esta pesquisa ter fomentado identificar ao máximo a produção de cuidado de qualidade na perspectiva da segurança do paciente, não foi intenção da pesquisadora esgotar todos os conhecimentos diante da complexidade em que é estruturada a ESF.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I.C.H.C. **SUS Passo a Passo: História, Regulamentação, Financiamento e Políticas Nacionais**. 2a ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

ASSIS, MMA., *et al.* orgs. *Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários* [online]. Salvador: EDUFBA, 2010. 180 p.

ASSIS, M.M.A.; ALVES, J.S.; SANTOS, A.M. Políticas de recursos humanos e a (re)significação das práticas dos trabalhadores no Sistema Único de Saúde (SUS): apontamentos para o debate. **R. Baiana de Saúde Públ.**, Salvador, v. 32, supl. 1, p. 7-15, out. 2008.

ASSIS, M.M.A. *et al.* Análise de dados qualitativos em saúde: uma experiência coletiva de classificação. **Sitientibus**, Feira de Santana.n.18, p.67-74, jan-jun, 1998.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. D. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 815-23,2003.

BACKES, D. S. *et al.* O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família The role of the nurse in the Brazilian Unified Health System: from community health to the family health strategy. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 1, p. 223-230,2012. ISSN 1413-8123.

BARBOUR, R. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BARROS, J. M.; TAVARES, C. M.; SILVA, S. E. A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO E O MERCADO DE TRABALHO NA ATUALIDADE. **Gestão e Saúde**, v. 5, n. 1, p. pag. 176-193, 2013. ISSN 1982-4785.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília (DF): MS; 2010.

BRASIL. **Diário Oficial da União**. Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção,

proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e das outras providências. Brasília - DF, 19 de setembro de 1990.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. **Projeto Promoção da Saúde: As Cartas de Promoção da Saúde**. Série: B. Textos Básicos em Saúde. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: equipe de referência e apoio matricial**, Brasília. Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização-HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4 ed. Brasília. Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**, Brasília. Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

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

BRASIL. **Segurança do paciente e qualidade dos serviços de saúde**, 2013a. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/index.html>. Acesso em: 16 ago. de 2013.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica: Saúde da Família, 2013b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>. Acesso em: 16 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Auto avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica - AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. (Série B. Textos básicos de saúde).

BRASIL. Departamento de Atenção Básica: Equipe de Saúde da Família. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf>. Acesso em: 17 nov. 2013d.

BERNARDES, E. H.; PEREIRA, M. J. B.; SOUZA, N. R. Atenção Primária à Saúde Diferente de Prevenção e Promoção. **Ciência et Praxis**, v. 1, n. 1, p. 47-52, 2013.

BONATO, V. L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde, São Paulo**, v. 35, n. 5, p. 319-331, 2011.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**, 2006.

Boletim Informativo sobre a Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial em Serviços de Saúde. v.1 n. 1 Janjul 2011. Brasília: GGTES/Anvisa, 2011

BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 3, p. 575-586, 2012.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 150-3, 2007.

CARVALHO, R.E.L. **Adaptação Transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil- Questionário de Atitudes de Segurança**. 2011. 158 f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

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

COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICAN, INSTITUTE OF MEDICINE. Crossing the quality Chasm: A new Health system for the 21st Century. Washington, DM: National Academy Press; 2001.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L. & PINEAULT, R. A avaliação na área de saúde: Conceitos e métodos, 1997. In: *__Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas* (Z. M. A. Hartz, org.), pp. 29-47, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

COSTA, S.M et al. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2147-2156, 2013. ISSN 1413-8123.

CUNHA, E. M. D.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc Saúde Coletiva [periódico na internet]**, 2011.

DEDECCA, C. S.; TROVÃO, C. J. B. M. A força de trabalho no complexo da saúde: vantagens e desafios. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, 2013. ISSN 1413-8123.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care**. Harvard University Press Cambridge, 1973.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank memorial fund quarterly**, v. 44, n. 3, p. 166-206, 1966.

DONABEDIAN, A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. **Salud Pública Mex**, v. 32, p. 113-117, 1990.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, v. 114, n. 11, p. 1115, 1990b.

FARIA, H. X.; ARAUJO, M. D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde Soc**, v. 19, n. 2, p. 429-439, 2010.

FERNANDES, M.C. Processo de trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: enfoque na gerência do cuidado. Fortaleza: UECE, 2012. **Dissertação (Mestrado)** – Programa de Pós-

Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, Ceará, 2012.

FEUERWERKER, L. Educação na saúde: educação dos profissionais de saúde- um campo de saber e de práticas sociais em construção. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 1, p. 3-4, 2007.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **O Reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado**, 2012.

FRANKEL, A.; LEONARD, M. Update on Safety Culture. **Agency for Healthcare Research and Quality**, Julho/Agosto 2013.

FREITAS, C. A. S. L. et al. O princípio da integralidade na perspectiva dos coordenadores de um sistema de saúde no interior do Ceará. **Cad. saúde colet.** Rio de Janeiro.v. 18, n. 4, 2010.

FRENK, Julio. **Avedis Donabedian**. *Salud pública Méx* [online]. 2000, vol.42, n.6, p.556-557.

GATTI, Bernardete Angelina. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

GUERRERO, P. et al. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto & contexto enferm**, v. 22, n. 1, p. 132-40, 2013.

GOUVEIA, R.M.C.; CENTA, M.L.A Enfermagem vivendo uma experiência bem sucedida: Programa Saúde da Família. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v.9, n.2, p. 792-799, 2000.

HADDAD, J. G. V.; ZOBOLI, E. O Sistema Único de Saúde e o giro ético necessário na formação do enfermeiro. **MundoSaúde**, v. 34, n. 1, p. 86-91, 2010.

HALLIGAN, M.; ZECEVIC, A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. **BMJ quality & safety**, v. 20, n. 4, p. 338-343, 2011.

INTERNATIONAL NUCLEAR SAFETY ADVISORY GROUP (INSAG). **Basicsafety principles for nuclear power plants**. Safety Series No 75- INSAG-3, International Atomic Energy Agency, Vienna, 1988.105p.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010. ISSN 1413-8123.

JORGE, M. S. B. et al. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família no Ceará: a satisfação dos usuários. **Revista Baiana**, p. 258, 2007.

LALONDE, M. **New perspective on the health of Canadians a working document**. Minister of Supply and Services, 1981.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LLAMAS, J. S.; GÓMEZ, M. J. L.; BALBUENA, J. J. J. Sesiones Clínicas en APS: **Seguridad Del paciente** en las consultas de Atención Primaria, 2012. Disponível em: http://www.semfyec.es/pfw_files/cma/Agenda/Sesiones_clinicas/Documentos/Cuaderno_asistente_seguridad.pdf. Acesso em: 15 ago. 2013

LIMA, L. D. et al. Job satisfaction and dissatisfaction of primary health care professionals. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 1, p. 17-24, 2014. ISSN 1414-8145.

LIMA, L. L.; MOREIRA, T. M. M.; JORGE, M. S. B. Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. 4, p. 14-22, 2013.

MACHADO, M.S.; SILVA DE OLIVEIRA, S.; ANTONIO CERETTA, R. A Importância do Cirurgião-Dentista na Estratégia de Saúde da Família. **Revista do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família**, v. 1, n. 1, 2013. ISSN 2317-7500.

MCINTYRE, D.; MOONEY, G. H. **The economics of health equity**. Cambridge University Press Cambridge, 2007.

MELO, F. A. B.; GOULART, B. F.; DOS SANTOS TAVARES, D. M. Gerência em saúde: a percepção de coordenadores da estratégia saúde da família, em Uberaba-MG. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 3, p. 498-505, 2012.

- MELO, M.S.S. **Avaliação da atenção primária a saúde em Sobral-Ce: aplicação do PCATool**. Fortaleza: UECE, 2012. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, Ceará, 2012.
- MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.
- MENDES, E.V. **Uma Agenda para a Saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.
- MENDONÇA, M.H.M.; VASCONCELOS, M.M.; VIANNA, A.L.A. Atenção Básica à Saúde no Brasil. *Cad. Saúde Publica*. v. 24, 2008.
- Merhy, EE. *Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato*. São Paulo: Hucitec; 1997.
- MERHY , E.E.; ONOCKO , R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. Hucitec, 1997.
- MINAYO, M.C.S. (ORG.) ASSIS, S.G.(ORG.) SOUZA, E.R.(ORG.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade. **Cadernos de saúde pública**, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.
- MORETTI-PIRES, R.O. *Avaliação da gestão do trabalho em saúde da família*. 1 ed. Curitiba: Appris, 2012.
- NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY. **Seven steps to patient safety for primary care**. The full reference guide, 2006.
- NETO, F. R. G.-X.; COELHO-SAMPAIO, J. J. Análise do processo de trabalho dos gerentes no território da Estratégia Saúde da Família. Análisis del proceso de trabajo de los gerentes en el territorio de la Estrategia de Salud de la Familia. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, v. 11, n. 22, p. 76-91, 2012.

NIEVA, V. F.; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Quality and Safety in Health Care**, v. 12, p. 17-23, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>>. Acesso em: 10 maio 2013.

OLIVEIRA, L. C. D.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da política nacional de medicamentos à atenção básica à saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, n. Supl3, p. 3561-7, 2010.

PAIM, J.S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, out. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 nov. 2013.

PEDREIRA, M.L. The art of nursing: crossing the quality chasm and promoting patient safety in critical care. **Nursing in Critical Care**. v.4, n.16, p. 159-60, 2011.

PEREIRA, C. H. V.; BARROSO, A. C.; NETO, A. S. V. Safety culture and networks of influence. **International Nuclear Atlantic Conference – INAC**, p. 24-28, 2011.

PUSTAI, O.J. O Sistema de Saúde no Brasil. In: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina Ambulatorial**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 69-75.

RATTNER, D. A epidemiologia na avaliação da qualidade: uma proposta Epidemiological standards for assessing quality: a proposal. **Cad. Saúde Públ**, v. 12, n. Supl2, p. 21-32, 1996.

RIZZOTO, M.L.F. As Políticas de Saúde e a Humanização da Assistência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 55, n.2, p. 196-199. 2002.

RODRIGUES, P. H. D. A. et al. Regulation of medical labor in Brazil: impacts on Family Health Care Strategy. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1147-1166, 2013. ISSN 0103-7331.

RUNCIMAN, W. et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n. 1, p. 18-26, 2009.

SANTOS, S. M. S.; OLIVEIRA, V. A. D. C.; OLIVEIRA, R. A. D. C. Estratégia Saúde da Família: Qualidade da assistência sob a perspectiva da satisfação do usuário. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 499-508, 2010. ISSN 1415-2762.

SCHWARTZ, T. D. et al. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2145-2154, 2010. ISSN 1413-8123.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 85, p. 65-82, 2009.

SILLOTO, C.; ANDRADE, G. Comprometimento organizacional, gestão de conflitos e liderança em instituições de saúde. Atas do 10º congresso nacional de psicologia da saúde, 2014.

SILVA, K. L. et al. Expansão dos cursos de graduação em enfermagem: dilemas e contradições frente ao mercado de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 5, p. 1211-1218, 2013. ISSN 1980-220X.

SILVESTRE, J. A. C. et al. Dez anos de inclusão da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família no Brasil: uma revisão da produção científica. **Cadernos ESP**, v. 6, n. 1, p. Pág. 65-74, 2013. ISSN 1809-0893.

SOBRAL. Prefeitura Municipal de Sobral. Secretaria da Saúde e Ação Social. **Relatório de Gestão 2010**. Mimeo.p. 237, 2011.

SOUSA, F. J.S. et al. Programa trevo de quatro folhas: uma ação efetiva para a redução da mortalidade infantil em sobral–Ceará. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 11, n. 1, 2013.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, 2002.

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

VUORI, H. A qualidade da saúde. Divulgação em Saúde para Debate, 3: **Caderno de Ciência e Tecnologia** 1:17-25, 1991.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. 2.ed. Porto alegre:AMGH, 2013.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE DIÁRIO DE CAMPO

UNIDADE	
INÍCIO	
TÉRMINO	
OBJETIVOS	<p>Objetivo Geral Investigar a qualidade da assistência na perspectiva da segurança na atenção a saúde na Estratégia Saúde da Família do município de Sobral – CE.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 3- Descrever a produção do cuidado na Estratégia de Saúde da Família em Sobral-CE; 4- Identificar a estrutura da Estratégia Saúde da Família e sua influência na qualidade assistencial; 5- Analisar a produção do cuidado dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família na perspectiva da segurança na Estratégia Saúde da Família; 6- Apreender as opiniões de usuários acerca da satisfação na Estratégia Saúde da Família; 7- Discutir a inter-relação entre a estrutura e a produção do cuidado na concepção dos trabalhadores de saúde da ESF com vistas a segurança na atenção à saúde.
ASPÉCTOS	<p>QUALIDADE (ESTRUTURA, PROCESSO) SEGURANÇA DO PACIENTE/PRODUÇÃO DO CUIDADO RESULTADO (SATISFAÇÃO)</p>
OBSERVAÇÕES	

APÊNDICE B- TEMÁRIO PARA O GRUPO FOCAL COM OS USUÁRIOS.

1. Acesso à assistência de saúde nesta unidade da ESF
2. Cuidados de qualidade
3. Segurança na assistência à saúde
4. Satisfação com o atendimento dos profissionais de saúde

APÊNDICE C- ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS TRABALHADORES DE SAÚDE

- 1- Fale sobre o cuidado que você exerce nesta unidade?
- 2- O que é produzir um cuidado de qualidade? Fale sobre isso.
- 3- O que é segurança?
- 4- O que é um cuidado seguro?
- 5- Como o trabalhador de saúde influencia para a segurança do paciente nesta unidade?
- 6- Qual o resultado do seu trabalho?

APÊNDICE D- ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GERENTES

- 1- Fale sobre a sua experiência na gerência da ESF?
- 2- O que é produzir um cuidado de qualidade? Fale sobre isso.
- 3- O que é segurança?
- 4- O que é um cuidado seguro?
- 5- Como a gerência influencia para a segurança do paciente nesta unidade?
- 6- Qual o resultado do seu trabalho?

**APÊNDICE E- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
USUÁRIOS**

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: **AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE: Atributo da qualidade na produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família** que tem como objetivo Investigar a qualidade da assistência na perspectiva da segurança na atenção a saúde na Estratégia Saúde da Família do município de Sobral – CE. Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa participando dos encontros que serão agendados antecipadamente, participando das discussões e realizando a coleta das informações com base no que for discutido nos encontros. Informo que estes encontros serão gravados em um gravador se você concordar. Garantimos que a pesquisa atende as recomendações dos aspectos éticos e legais da pesquisa com seres humanos da Resolução 466/12, caso ocorra potenciais riscos, danos ou transtornos para os que participarem, a pesquisadora está apta para solucioná-los. Todas as informações sobre sua identificação, obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e você pode deixar de participar a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemos a utilizar os dados coletados somente para fins de pesquisas e os resultados poderão ser veiculados em artigos científicos em revistas especializadas e encontros científicos, sempre resguardando sua identificação. Este estudo trará benefícios para o Sistema Único de Saúde e principalmente para a Estratégia Saúde da Família, pois a partir da reflexão resultados desta pesquisa de como esta a segurança do paciente na atenção primária, ocorrerá um maior e melhor direcionamento para a segurança do paciente para a atenção primária à saúde. As unidades de atenção primária à saúde de Sobral-Ceará-Brasil também serão beneficiadas, por ser o primeiro estudo nesta formatação e neste tema a ser realizado na instituição, o que poderá ser modelo para outras tantas pesquisas, que igualmente visem a desenvolver reflexões individuais e com a equipe de profissionais e usuários sobre o cuidado prestado, sobre segurança do paciente e qualidade assistencial. Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente terão liberdade para não participarem quando assim acharem mais conveniente. Contatos com a pesquisadora Lidyane Parente Arruda, enfermeira especialista em Saúde da Família, mestranda do Programa de Pós Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará, no telefone (88)96498989 a Rua Holanda, Campo dos Velhos, Sobral-Ceará, e com a orientadora Profa. Consuelo Helena Aires de Freitas, enfermeira doutora, docente do mesmo Programa. O Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará (UECE) encontra-se disponível para esclarecimentos sobre esta pesquisa pelo telefone (085) 31019890 – Endereço Av. Parajana, 1700 – Campos do Itaperi – Fortaleza – Ceará. Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito da pesquisa e a outra para arquivo do pesquisador.

Sobral, ____ de _____ de 2014.

Assinatura da Participante
Lidyane Parente Arruda

Assinatura da pesquisadora

Termo de Consentimento Pós – Informado

Declaro que tomei conhecimento do estudo intitulado: **AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE: Atributo da qualidade na produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família**. Compreendi seus objetivos, métodos e aspectos éticos e aceito participar voluntariamente da mesma. Sobral, ____ de _____ de 2014.

Assinatura do Participante

**APÊNDICE F- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
TRABALHADORES DE SAÚDE**

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: **AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE: Atributo da qualidade na produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família** que tem como objetivo Investigar a qualidade da assistência na perspectiva da segurança na atenção a saúde na Estratégia Saúde da Família do município de Sobral – CE. Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa participando de entrevistas semiestruturadas agendados antecipadamente. Informo que a entrevista será gravada em um gravador se você concordar. Garantimos que a pesquisa atende as recomendações dos aspectos éticos e legais da pesquisa com seres humanos da Resolução 466/12, caso ocorra potenciais riscos, danos ou transtornos para os que participarem, a pesquisadora está apta para solucioná-los. Todas as informações sobre sua identificação, obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e você pode deixar de participar a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemos a utilizar os dados coletados somente para fins de pesquisas e os resultados poderão ser veiculados em artigos científicos em revistas especializadas e encontros científicos, sempre resguardando sua identificação. Este estudo trará benefícios para o Sistema Único de Saúde e principalmente para a Estratégia Saúde da Família, pois a partir da reflexão resultados desta pesquisa de como esta a segurança do paciente na atenção primária, ocorrerá um maior e melhor direcionamento para a segurança do paciente para a atenção primária à saúde. As unidades de atenção primária à saúde de Sobral-Ceará-Brasil também serão beneficiadas, por ser o primeiro estudo nesta formatação e neste tema a ser realizado na instituição, o que poderá ser modelo para outras tantas pesquisas, que igualmente visem a desenvolver reflexões individuais e com a equipe de profissionais e usuários sobre o cuidado prestado, sobre segurança do paciente e qualidade assistencial. Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente terão liberdade para não participarem quando assim acharem mais conveniente. Contatos com a pesquisadora Lidyane Parente Arruda, enfermeira especialista em Saúde da Família, mestranda do Programa de Pós Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará, no telefone (88)96498989 a Rua Holanda, Campo dos Velhos, Sobral-Ceará, e com a orientadora Profa. Consuelo Helena Aires de Freitas, enfermeira doutora, docente do mesmo Programa. O Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará (UECE) encontra-se disponível para esclarecimentos sobre esta pesquisa pelo telefone (085) 31019890 – Endereço Av. Parajana, 1700 – Campos do Itaperi – Fortaleza – Ceará. Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito da pesquisa e a outra para arquivo do pesquisador.

Sobral, ____ de _____ de 2014.

Assinatura da Participante
Lidyane Parente Arruda

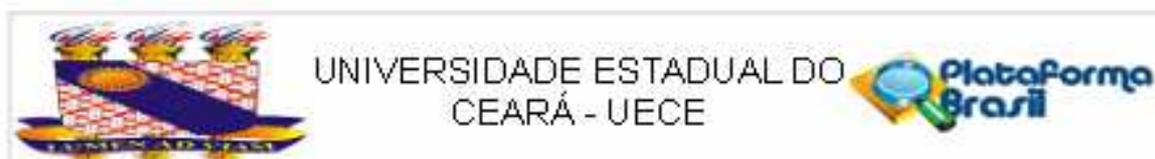
Assinatura da pesquisadora

Termo de Consentimento Pós – Informado

Declaro que tomei conhecimento do estudo intitulado: **AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE: Atributo da qualidade na produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família**. Compreendi seus objetivos, métodos e aspectos éticos e aceito participar voluntariamente da mesma. Sobral, ____ de _____ de 2014.

Assinatura do Participante

ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: **AValiação da Segurança do Paciente: Atributo da qualidade na produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família**

Pesquisador: Lidiane Parente Amada

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 27674614.7.0000.5534

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ FUNECE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 620.430

Data da Relatoria: 30/04/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo sobre a segurança do paciente como atributo da qualidade na atenção primária à saúde por meio da avaliação da estrutura, do processo e do resultado da Estratégia Saúde na Família. O Estudo utilizará de coleta de dados por meio de entrevistas, observações e grupos focais, sendo realizado em Sobral/CE.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar a qualidade da assistência na perspectiva da segurança na atenção a saúde na Estratégia Saúde da Família do município de Sobral/CE.

Objetivo Secundário:

Descrever a produção do cuidado na Estratégia de Saúde da Família em Sobral-CE;

Identificar a estrutura da Estratégia Saúde da Família e sua influência na qualidade assistencial;

Analisar a produção do cuidado dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família na perspectiva da segurança na Estratégia Saúde da Família;

Apreender as opiniões de usuários acerca da satisfação na Estratégia Saúde da Família;

Endereço: Av. Elias Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

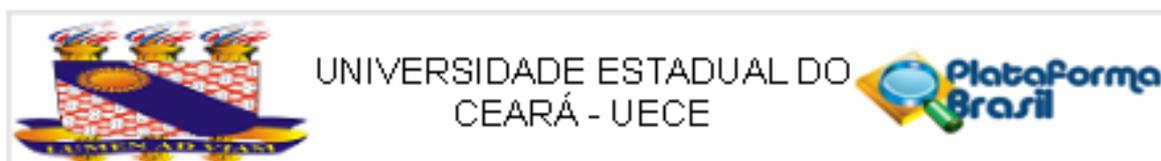
UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: ansu@uece.br



Continuação do Parecer: 620.430

Discutir a interrelação entre a estrutura e a produção do cuidado na concepção dos trabalhadores de saúde da ESF com vistas a segurança na atenção à saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo é relevante socialmente em relação ao objeto de estudo e método empregado, porém indica-se que os benefícios diretos sejam aumentados aos sujeitos de pesquisa por meio de, após o término da pesquisa, divulgação dos resultados junto aos gestores da Estratégia da Saúde na Família, de modo a estimular aprimoramentos no serviço. Os riscos estão plenamente descritos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante sem inadequações do ponto de vista ético.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão adequados.

Recomendações:

Cuidar para no momento de divulgar resultados não identificar os participantes do estudo, especialmente quando o respondente for de uma categoria com poucos sujeitos, como o dos gestores.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 21 de Abril de 2014

Assinador por:
Ana Carina Stelko-Pereira
(Coordenador)

Endereço : Av. Glor. Murgulho, 1700
Bairro : Ilapetã CEP: 60.714-903
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: anacarina@uece.br

ANEXO B-DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE Nº 001/2014

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia do projeto de pesquisa classificado como Dissertação de Mestrado intitulado – AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE: ATRIBUTO DA QUALIDADE NA PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA desenvolvida por Lidyane Parente Arruda do Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará-UECE, sob orientação da Profa. Dra. Consuelo Helena Aires de Freitas.

Na condição de instituição co-participante do projeto supracitado concordamos em autorizar a realização da pesquisa nos 10 Centros de Saúde da Família (CSF) da sede do município de Sobral-CE, mediante pactuação prévia entre a pesquisadora, os gerentes e os profissionais de saúde, quanto à disponibilização do espaço e escolha dos melhores dias e horários para realização do grupo focal com as pessoas atendidas nas unidades e das entrevistas com os profissionais de saúde.

Ressaltamos que esta autorização **NÃO** desobriga a pesquisadora de solicitar anuência aos sujeitos do estudo, no caso pessoas cadastradas no CSF usuárias do sistema e os profissionais de saúde que ali trabalham (gerentes, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) devendo estes serem convidados a participar da pesquisa mediante ciência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e autorização da participação com assinatura do Termo de Consentimento Pós-informado. Esta prerrogativa se baseia nas determinações éticas propostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS, as quais, enquanto instituição co-participante, nos comprometemos a cumprir.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética em Pesquisa. O descumprimento desse condicionamento assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

Sobral, 09 de Janeiro de 2014

Prof. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Coordenação da Comissão Científica