
Estratégias de Educação Permanente Utilizadas em um Serviço da Atenção Primária à Saúde

Mariana Lectícia Beraldi,¹ Fernanda de Freitas Mendonça,²
Sarah Beatriz Coceiro Meirelles Félix²

RESUMO

A Educação Permanente em Saúde (EPS) constitui-se em uma estratégia que busca transformar as práticas profissionais e a organização do processo de trabalho a partir das demandas do próprio trabalho. Estudo qualitativo, descritivo, exploratório, do tipo estudo de caso, que teve como objetivo analisar as estratégias desenvolvidas pela equipe de saúde para a gestão do trabalho durante um programa de qualificação da Atenção Primária à Saúde. A coleta de dados foi feita no período de julho de 2018 até abril de 2019, por meio de observação-participante e entrevistas semiestruturadas com trabalhadores de uma Unidade de Saúde da Família localizada em um município do Paraná. Os resultados apontaram diversas estratégias desenvolvidas pelos profissionais: reuniões gerais e de equipe, mutirões de estratificação de risco e atendimentos coletivos no formato de grupos. O protagonismo dos trabalhadores possibilitou que o programa servisse como um disparador de momentos de EPS. Conclui-se que o processo de qualificação impulsionou a equipe a se desenvolver e trabalhar em cooperação. A EPS desenvolvida pelos próprios profissionais possibilitou minimizar a lógica da captura verticalizada do programa e dar qualidade ao processo organizativo.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; educação; política de saúde; educação interprofissional.

PERMANENT EDUCATION STRATEGIES USED IN PRIMARY HEALTH CARE SERVICE

ABSTRACT

The Permanent Health Education (PHE) is a strategy that searches to transform the practice and organization of the work process from the demand of its own work. A exploratory, descriptive, qualitative research, case study type, that aimed to unveil the arrangements built by the health team that allowed the work management during the qualification program of the Primary Health Care. The data was collected in the period of July 2018 to April 2019 through observation-participant study tool and semi structured interviews with workers of a Family Health Care Unit in a city of Paraná. The results showed many arrangements developed by the work team: general and staff meetings, joint effort for risk stratification and setting-up groups for the users. The protagonism of the workers enabled the program to be a space for PHE. It is concluded that the seal drove the team to develop and work in cooperation. The PHE developed by the staff gave the opportunity to minimize the logics of the vertical process catch and give quality to its arrangements.

Keywords: Primary health care; education; health policy; interprofessional education.

RECEBIDO EM: 14/1/2021

MODIFICAÇÕES SOLICITADAS EM: 1º/7/2021

ACEITO EM: 29/7/2021

¹ Autora correspondente. Mestre em Saúde Coletiva (UEL). Doutoranda (UNIFESP). Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Campus São Paulo – Escola Paulista de Enfermagem – Rua Napoleão de Barros, 754, Vila Clementino, São Paulo/SP, Brasil. CEP 04023-062. <http://lattes.cnpq.br/5413381675434389>. <https://orcid.org/0000-0002-2730-7331>. mberaldi@hotmail.com

² Universidade Estadual de Londrina (UEL). Londrina/PR, Brasil.

INTRODUÇÃO

O Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS) foi lançado no Paraná em 2011, cujo objetivo era organizar a Atenção Primária à Saúde (APS). No período de 2011 até 2014 foram realizadas nove oficinas de capacitação com as unidades de todo o Estado para o alinhamento às propostas das Redes de Atenção à Saúde (RAS) definidas pela Secretaria de Estado da Saúde (Sesa).¹ A seguir, foi instituído o processo de tutoria, em que as equipes das Regionais de Saúde apoiavam as equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) na organização dos micro e macroprocessos de trabalho em saúde, estimulando-as a atingirem selos de qualidade, como certificação.

A tutoria era composta por quatro etapas sucessivas: selo bronze, prata, ouro e diamante, observando-se que cada uma delas buscava gerenciar os processos de algum âmbito específico. Cada etapa era desenvolvida anualmente, conforme adesão das unidades de saúde ao processo de tutoria. Durante a qualificação da etapa prata, foco do presente estudo, a equipe buscou aferir o gerenciamento de processos traçando mudanças e estratégias para a resolução das não conformidades estabelecidas pelo programa, que possuíam dois grandes eixos: adequação de estrutura física e organização do processo de trabalho. Por meio do programa os profissionais eram motivados a realizar uma série de movimentos que poderiam produzir oportunidades de ações para o cuidado das necessidades de saúde da população.¹

O processo de tutoria era pautado predominantemente na Educação Permanente em Saúde (EPS), diante disso, optou-se por esse referencial teórico para a análise dos resultados. A EPS caracteriza-se pela aprendizagem no trabalho, no qual o aprender e o ensinar se incorporam no cotidiano.² O aprendizado é construído e lapidado pelos próprios profissionais, de acordo com suas experiências e conhecimentos e deve aplicá-lo em suas realidades, de modo que interfira com qualidade na gestão do trabalho.³

Alguns autores afirmam que, quando o trabalhador se abre para o outro, ele consegue perceber diversas possibilidades e desperta sua capacidade de invenção de estratégias para produzir o cuidado.⁴ É o encontro com o outro e o poder de afetar e ser afetado que influencia diretamente na maneira de pensar e de agir dos trabalhadores.

Na perspectiva da EPS, a gestão do trabalho em saúde é fundamental, pois diz respeito a todas as dimensões da atividade laboral, incluindo as relações entre os indivíduos, aprendizado no trabalho, questões técnicas e execução das atividades.^{2,5} O profissional é visto como essencial para a efetividade do trabalho em saúde, tornando-o um processo de trocas, coparticipação e comprometimento coletivo.⁶ Desta forma, compreende-se que todos fazem gestão e podem exercer sua prática com certo grau de liberdade, tornando a gestão do trabalho em saúde um produto coletivo.⁷

No âmbito nacional, verifica-se que grande parte dos estudos sobre o processo de qualificação da APS está voltada para os resultados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), desenvolvido pelo Ministério da Saúde.⁸⁻¹⁰ No âmbito internacional, estudos que investigaram o impacto dos pro-



gramas de desempenho revelaram que houve melhorias discretas em indicadores de processos sob avaliação e nenhuma melhoria consistente nos resultados em saúde.^{11,12} Desse modo, considerando que há poucos estudos sobre o APSUS é fundamental verificar em que medida esse processo traz repercussões coerentes com a melhoria do processo de trabalho em saúde. Dada a importância de pensar como ocorre a gestão do processo de trabalho, de como os profissionais refletem sobre ele e de que forma se preparam para atender às diferentes necessidades de saúde da população esse artigo, na perspectiva da EPS, teve como propósito analisar as estratégias desenvolvidas pela equipe de saúde para a gestão do trabalho durante um programa de qualificação da Atenção Primária à Saúde.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, do tipo estudo de caso e constitui parte dos resultados de uma dissertação de Mestrado. Ocorreu em uma Unidade de Saúde da Família (USF), localizada em um município do norte do Paraná, que estava passando pelo processo de qualificação da etapa prata. Esta etapa foi a selecionada para o estudo, posto que era a mais avançada no município. Além disso, a USF contava com uma equipe de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) vinculada a uma universidade pública local e Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) ligada à Secretaria Municipal de Saúde, que são importantes dispositivos que promoveram ressignificação do processo de trabalho e adotaram estratégias que consolidam a APS.

A primeira etapa da coleta de dados correspondeu à observação-participante e ocorreu no período de julho a outubro de 2018, com duração de aproximadamente 58 horas. Após o término da primeira etapa foram realizadas entrevistas semiestruturadas que ocorreram entre dezembro de 2018 e abril de 2019. Na observação participaram todos os profissionais atuantes na USF: enfermeiros, médicos de família e comunidade e preceptores, Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), auxiliares administrativos, auxiliares de saúde bucal, cirurgião-dentista, auxiliares de enfermagem, funcionários de serviços gerais e uma equipe de residentes da RMSF e RMFC, totalizando 49 colaboradores. Foram incluídos todos os trabalhadores que atuavam na unidade e excluídos profissionais afastados por motivo de férias, problemas de saúde ou licença de qualquer natureza e aqueles que não concordassem em participar.

A modalidade de pesquisador-observador como participante permitiu percorrer momentos juntamente com os indivíduos da pesquisa, que propiciou proximidade com o objeto de estudo e explorar a realidade do contexto de trabalho. A autora principal, mestranda e responsável pela coleta de dados da pesquisa, acompanhou o grupo de perto, na maior parte em silêncio, fazendo registros em um diário de campo, porém houve momentos de participação ativa, entretanto sem se comprometer com valores do grupo.¹³

A pesquisadora participou de 25 momentos estratégicos, entre os quais: reuniões gerais e de equipe, momentos informais de diálogo, tutoria com a Regional de Saúde e mutirões de estratificação de risco. Esses cenários oportunizaram conhecer a rotina de trabalho e estabelecer uma relação com os partici-



pantes, de forma a complementar com as informações posteriores advindas das entrevistas. As falas registradas no diário de campo oriundas dos momentos de observação serão identificadas como (DC).

A amostragem da entrevista foi selecionada de maneira intencional. Buscou-se entrevistar, no mínimo, um profissional de cada categoria para que todos os núcleos de atuação pudessem ser contemplados, totalizando 18 profissionais. Estes foram: três enfermeiros, três ACS, um médico de família e comunidade e preceptor, dois auxiliares de enfermagem, um técnico de gestão pública, um auxiliar de serviços gerais e um residente de diferentes categorias: um cirurgião-dentista, um psicólogo, um nutricionista, um educador físico, um fisioterapeuta, um assistente social e um residente de MFC. Um profissional farmacêutico foi considerado como perda, pois recusou-se a participar da entrevista.

Para aperfeiçoar e se aproximar do instrumento de coleta de dados, foi realizado um teste-piloto com um profissional da própria unidade de saúde. Não sendo necessárias alterações no roteiro de perguntas, deu-se início às entrevistas. Estas foram realizadas de maneira individual, em salas disponíveis da USF nas quais os trabalhadores atuavam e foram conduzidas em dias e horários acordados previamente com os participantes. A duração das entrevistas audiogravadas teve como média 40 minutos. As perguntas que nortearam os resultados do recorte deste artigo foram “Como a equipe se organizou durante o processo de trabalho no período de tutoria do selo prata? Quais foram as estratégias utilizadas?”

Ao final da coleta de dados as entrevistas foram transcritas na íntegra pela própria pesquisadora. Para preservar a identidade dos participantes, as falas foram identificadas com a letra P (profissionais), seguida do número correspondente a ordem das entrevistas (1 ao 18).

Para a orientação analítica do estudo, os dados coletados foram submetidos à análise de discurso proposta por Martins e Bicudo,¹⁴ que compreende duas fases: Análise Individual (Ideográfica) e Análise Geral (Nomotética). A primeira busca compreender o efeito de cada fala dos entrevistados individualmente, que ocorre por meio da leitura de cada entrevista e formam unidades de significado. Na segunda agrupam-se as unidades de significados formadas para realizar as convergências e divergências das falas, extraindo aquelas que são relevantes para compreender o caso em estudo. Os resultados foram analisados sob a ótica da Educação Permanente em Saúde.

Ao final do processo de análise resultaram alguns eixos temáticos referentes às estratégias adotadas pelos trabalhadores, tais como: reuniões gerais e de equipe, mutirões de estratificação de risco e atendimentos coletivos no formato de grupos.

A pesquisa seguiu todos os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Para a etapa da observação foi solicitada a autorização da Secretaria Municipal de Saúde e da gestão da unidade. Após a aprovação da gestão local, a pesquisadora foi apresentada aos participantes em momentos de reuniões, indicando o objetivo da sua presença na USF. Para as entrevistas, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento



Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da instituição à qual está vinculada, sob número do CAAE 03471318.8.0000.5231.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra dos entrevistados foi composta por 18 trabalhadores, a maioria do sexo feminino (94,4%), casado (61,1%), com a idade variando de 23 a 57 anos, com média de 33,1. O tempo de atuação profissional variou de 1 a 19 anos, com média de 6,6 anos e o tempo de atuação na APS variou de 1 a 19 anos, com média de 5,1.

O processo de qualificação da APS ocorreu em diferentes Estados do país, e no Paraná recebeu o nome de Apsus. Para que a qualificação ocorresse no Estado, adotou-se a tutoria como proposta para que as equipes recebessem o apoio das Regionais de Saúde no intuito de assessorá-las no gerenciamento de riscos, processos e resultados para que cumprissem os atributos da APS e assumissem a coordenação das RAS.¹

A tutoria contava com a padronização de um instrumento de avaliação da qualidade na APS, denominado “selo”. Ao final do processo de tutoria as equipes de saúde que cumprissem um conjunto de ações estipuladas neste protocolo recebiam o selo da qualidade nas modalidades bronze, prata, ouro ou diamante. Cada nível continha um objetivo e era realizado de maneira subsequente anualmente, de acordo com a adesão das unidades de saúde no processo de qualificação. Uma vez que a equipe conquistasse a meta do nível anterior, ela poderia pleitear o nível seguinte garantindo as conquistas prévias.¹

A USF no momento do estudo estava participando do nível prata, posto que no ano anterior havia sido submetida e certificada com o selo bronze. O bronze possuía foco no gerenciamento de riscos para garantir segurança aos profissionais e cidadãos. Uma vez certificada com o selo bronze, a unidade estava apta para pleitear o selo prata, destacando-se que deveria garantir o gerenciamento proposto na etapa anterior e os da nova etapa, que visava ao gerenciamento por processos para agregar valor aos cidadãos. O selo ouro pretendia avaliar os resultados positivos para a saúde da população e o diamante tendo como alvo a tripla meta – mais saúde, melhor cuidado, maior eficiência.¹

O processo do selo e o processo de trabalho em saúde da equipe ocorreram simultaneamente e se entrelaçaram. Não há como diferenciar um do outro, pois são parte de um todo. Por isso, certas estratégias e dinâmicas do trabalho criadas pela própria equipe não fazem parte “deste ou daquele”, não se diferenciam, nem se dissociam na prática.

No que se refere à organização da equipe durante a qualificação, a principal estratégia de gestão e a mais comentada pelos profissionais foram os encontros dos trabalhadores de maneira formal e agendada, denominados de reuniões gerais e de equipe.

As reuniões gerais serviram de espaço para orientações em relação à qualificação do programa, levantamento de dúvidas sobre o processo de trabalho,



estruturação da equipe para as atividades e momentos de EPS, quando a própria equipe destacava a necessidade de aprimorar o processo de trabalho e os profissionais se organizavam para discutir o assunto. Elas aconteciam mensalmente com agendamento prévio pela gestão local e com consentimento da Diretoria de Atenção Primária do município.

A gente fez muitas capacitações nas reuniões... Capacitamos as meninas da limpeza sobre o plano de resíduos, a equipe no geral em relação a vacinas, material biológico, sobre o fluxo da unidade, etc... E nós que bolamos tudo, um ajudando o outro... a gente já fazia algumas coisas, mas o selo permitiu termos mais esse espaço (P10).

Durante todo o processo houve a EPS. Apesar de ser uma exigência do selo, muitas coisas eram temas do nosso dia a dia. Por exemplo: tivemos reuniões para discussão de pré-natal, pré-natal do parceiro... eu vi todo esse processo como EPS e essas coisas boas me fizeram até parar de reclamar um pouco do selo. Porque quando começou foi um choque, mas por causa desse processo de educação eu comecei a ver mais como algo positivo e de aprendizado (P01).

As reuniões de equipe foram consideradas um importante instrumento de planejamento de ações, bem como um espaço para valorização do diálogo, escuta, discussão de casos e trabalho multi e interprofissional, que é constitutivo do trabalho na APS,¹⁵ mas nem sempre tem espaço para acontecer.

Os entrevistados relataram que as reuniões ocorreram impulsionadas pelo processo do selo, pois este determinava que deveriam existir as reuniões de equipe. Apesar do programa instituir esse espaço, não era isso que determinava a qualidade, pois comentaram que as reuniões de equipe, no processo do selo do ano anterior – selo bronze – já eram realizadas, contudo não eram reuniões efetivas, uma vez que muitas vezes eram apenas repasse de informes e para servirem de registro em ata para receberem a premiação do selo de qualidade.

Algumas mudanças no cenário da USF contribuíram para que as reuniões tivessem mais qualidade. Entre elas: a inserção de uma equipe de residentes da RMSF e RMFC e uma nova gestão para a unidade. Assim sendo, o conjunto desses novos profissionais e a integração entre ensino e serviço foi fundamental para fomentar e qualificar as reuniões de equipe, pois, apesar de o selo instituir esse espaço, foram esses atores que souberam operar na micropolítica do cotidiano.

Além disso, as reuniões de equipe foram citadas como espaço potente de aprendizado e planejamento. As observações também permitiram verificar o quanto as reuniões contribuíram para a construção coletiva do conhecimento, trabalho em equipe, educação no trabalho, reflexão sobre a prática profissional, matriciamento e construção de Projeto Terapêutico Singular. Notou-se que esses processos foram mobilizados, sobretudo, pela equipe de residentes.

A gente (residentes) fez uma proposta de reestruturar as reuniões, com valorização do diálogo, falar sobre processo de trabalho... O selo tem uma proposta de trazer a reunião, de ter registro em ata de reunião, mas não fala como que essas reuniões têm que ser, entendeu? Antes as reuniões tinham uma configuração assim “o sr. João precisa de sonda, vamos fazer uma visita?” e durava quinze minutos. Isso não é reunião de equipe. O que adianta ter reunião, se



não tiver a mínima qualidade? E aqui nós fizemos algo muito bacana. Fizemos integração da equipe, planejamento estratégico no território, discussão dos processos de trabalho e matriciamento (P02).

O selo ajudou a impulsionar, a conquistar o espaço da reunião, mas quem deu a cara para a reunião fomos nós (residentes). Uma das equipes se realizou, pois perceberam o quanto são potentes juntos e o selo ajudou, porque se não fosse ele, não teríamos conseguido esse espaço, porque a equipe não era aberta a esse tipo de processo de trabalho(P01).

Uma técnica de enfermagem me disse que a gente (residentes) vê a equipe com outros olhos e depois que nós entramos ela viu que as coisas eram mais resolutivas. Ela percebeu isso depois que começou a participar das reuniões, porque antes eles não participavam. Precisamos garantir os espaços deles na equipe(DC).

Outro estudo também aponta a reunião como um espaço de planejamento e avaliação das ações realizadas pela equipe da APS.¹⁶ Essas falas evidenciaram o quanto é importante um ambiente democrático, em que os sujeitos interajam e tenham voz. Ainda constatou-se na observação diversos momentos de reuniões informais como possibilidade de discussão de caso e de educação, mas sobretudo o quanto a formalização desse espaço mostra-se importante. Nesse sentido, pode-se perceber que o espaço formal de reunião significou uma conquista para as equipes, mas foi necessário que, além da formalização, houvesse espaço para formação e para dar voz a todos os indivíduos.

Diante dos resultados apresentados, fica clara a importância da integração ensino-serviço, discussão em rodas, educação no trabalho para a consolidação da EPS e transformação das práticas.¹⁷ Isso só é possível mediante o trabalho em equipe, interprofissional, que propicia a interação de diferentes saberes e atores no planejamento de projetos e desenvolvimento de ações, tornando-os profissionais protagonistas do seu processo de trabalho.¹⁶

Os trabalhadores mencionaram a grande diferença do modo de gerir o trabalho na etapa do estudo com a do ano anterior (bronze), enfatizando a EPS como grande diferencial, especialmente pela contribuição dos residentes. Este agir na saúde que é percebido na micropolítica conduz os profissionais para ações pautadas em tecnologias relacionais para compor a produção do cuidado. Os autores afirmam que se isso não ocorre, os profissionais não produzem nada de novo, apenas repetem velhas práticas.¹⁸

A unidade era dividida em quatro equipes de acordo com a microárea responsável, e que cada uma dispunha de um dia da semana para realização das reuniões, que tinham duração média de uma hora. Todas foram observadas em pelo menos um momento da coleta de dados e pode-se perceber a heterogeneidade de sua composição, dinâmica de auto-organização e forma de atuação.

No processo de observação, a pesquisadora percebeu que o modo como cada equipe trabalhava dependia do gestor da equipe. Havia gestores preocupados com a gestão do cuidado, o planejamento das ações com foco no cuidado e havia também aqueles preocupados, principalmente, com as ações programáticas referentes ao selo, com atitudes hierarquizadas. Isso pode ser evidenciado no cenário a seguir, no qual em uma reunião de equipe os próprios trabalhadores destacaram como fator primordial desenvolver um planejamento estratégico



sobre um problema que constataram no processo de trabalho, entretanto o gestor estava preocupado com aspectos burocráticos do selo.

Vamos gente, se não, não vai dar tempo. Temos pouco tempo. Essa dinâmica não pode demorar, porque temos as coisas da classificação de risco para fazer(DC).

Essas diferentes formas de gerir o processo produziram resultados distintos no que se refere às repercussões no processo de trabalho. O gestor que valorizou o papel das relações interpessoais possibilitou que a equipe exercesse seu protagonismo e criatividade.

Além disso, a gestão da unidade influenciava diretamente na conquista dessa ferramenta (reuniões), pois viabilizou aos profissionais a utilização desse espaço como estratégia de diálogo e tomadas de decisão conjuntas.

Com as reuniões de equipe a gente conseguiu desenvolver um trabalho em conjunto, porque antes era cada um na sua. Em algumas equipes houve um trabalho bem legal, agora tem outra que foi complicada. A equipe toda já tem uma personalidade forte e um agravante é a coordenação da equipe. A coordenação só faz o que o protocolo manda, o que o selo manda. É muito engessado. Não tem essa flexibilidade. A gestora da equipe falava assim: “não vou fazer isso, porque o selo não permite”. Teve um monte de reunião que a gente perdeu a oportunidade de discutir, porque tinha que focar em fazer a estratificação que o selo propunha. Quando as reuniões tinham o foco no selo, desmotivava muito, porque o foco era na conquista do selo e não no usuário(P14).

O desenvolvimento eficaz de uma equipe no contexto da APS e o andamento de propostas de trabalho são influenciados pela postura do líder.¹⁹ Existem diferentes posturas de líder, como o autocrático, que possui a centralidade das decisões, e o democrático, que acolhe e concede à equipe a possibilidade de se tornarem protagonistas do cuidado e a partir das falas foi possível perceber o quanto a postura fez diferença no engajamento da equipe e desenvolvimento de ações.²⁰

Ela (se referindo à gestora da unidade) sabe fazer gestão de crise, isso é uma qualidade dela. É indiscutível. Ela é dura sem ser desrespeitosa, sabe falar sem virar fofoca... Ela ressalta as coisas boas em nós, sabe conversar sobre o que está errado(DC).

A coordenação chegou em um momento que entrou médico, entrou residente multiprofissional, entrou selo prata, entrou tudo junto e ela soube lidar muito bem. A gente vê que ela é aberta a mudanças, pois os residentes têm seu modo de trabalhar e ela soube conduzir isso(DC).

Apesar, no entanto, de o gestor dar a possibilidade e exercer influência para a equipe ser protagonista do cuidado, esta também tem poder de decisão, podendo ser reativa e sair de processos instituídos, em uma linha de fuga da coordenação.^{18,21} Evidenciou-se isso em momentos em que os trabalhadores problematizaram aspectos do selo e desenvolveram seus próprios mecanismos de atuação, considerando a micropolítica do cotidiano.



Outra estratégia referenciada como importante pelos trabalhadores para o processo de trabalho durante o selo prata foram as criações de atendimentos coletivos no formato de grupos. Alguns grupos foram criados para atender à alta demanda, principalmente no que se refere aos usuários com condições crônicas. Alguns já existiam, outros foram criados em virtude do programa, observando-se que a equipe buscou oferecer qualidade à prática, fazendo do grupo um cuidado interdisciplinar e multiprofissional.

Algo bem benéfico depois da implantação do selo foi a criação dos grupos e consultas compartilhadas. A gente tinha que atender esses pacientes mais de alto risco, mas não tinha agenda para isso... A gente conseguiu trazer essa população de um modo coletivo e isso amenizou um pouco o fluxo da UBS (P16). O grupo ajuda a suprir um pouco essa carência... às vezes é um idoso solitário e ali a gente faz várias atividades... no grupo vai o pessoal da residência multiprofissional, um médico, enfermeiro... um dia eles sugeriram dança, no outro crochê... tivemos o grupo das crianças também, devido à vulnerabilidade delas... isso só veio favorecer, pois essa comunidade, especificamente, preciso disso(P06).

O programa previa tecnologias de atenção e cuidado, por exemplo, com pacientes com condições crônicas e população vulnerável¹ e a equipe entendeu esse espaço como uma estratégia que poderia contribuir no cuidado ofertado. Essas ações de promoção de cuidado contribuem para a melhora na qualidade de vida, prevenção de doenças físicas e mentais, empoderamento da comunidade, atuando como um dispositivo de convivência e, principalmente, permitindo a criação de vínculo dos usuários com a equipe de saúde.

Iniciativas assim são consideradas eficazes e de baixo custo, sendo necessário apenas o uso de tecnologias leves, que valorizam as relações e a criação de vínculos.²² Os grupos de convivência podem ser úteis também na diminuição da medicalização e ações fragmentadas, contribuindo para a integralidade do cuidado com ações interprofissionais e para o desenvolvimento da autonomia do usuário.²³

Para tanto, para que esses grupos sejam eficazes, devem considerar a necessidade e característica da população, não somente a demanda do programa, o que poderá contribuir para que a população reconheça a unidade de saúde como referência de cuidado. A criação dessas estratégias é coerente com a lógica da EPS na medida em que buscam compatibilizar o processo de trabalho com as necessidades de saúde da população.²

Outra estratégia construída para atender exclusivamente à demanda do selo foram os mutirões de estratificação de risco. Essa foi relatada por todos nas entrevistas e a pesquisadora pôde participar dessa atividade durante as observações de maneira mais ativa. Nos demais momentos de observação a pesquisadora passou a maior parte do tempo tomando notas, mas nos mutirões foi convidada a se juntar aos profissionais e exercer as atividades propostas.

As estratificações de risco fazem parte da proposta do Modelo de Atenção às Condições Crônicas, ao qual o Apsus está vinculado e que são adotados no Estado do Paraná. Os mutirões de estratificação foram feitos para que a equipe



pudesse sistematizar, organizar e encaminhar os pacientes estratificados como alto risco para a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE).²⁴

Segundo a publicação oficial da Sesa eram necessário

implementar estratificações de risco para gestantes, crianças menores de dois anos e, principais condições crônicas, hipertensos, diabéticos, idosos, saúde mental, saúde bucal, populações expostas aos agrotóxicos, conforme protocolos estabelecidos pela Sesa.^{25:2}

Para atender a essa alta demanda foi proposta essa estratégia do mutirão por uma técnica de enfermagem durante uma reunião geral da unidade, a qual foi acatada pela equipe na tentativa de alcançar a meta estipulada.

Os mutirões foram realizados em momentos nos quais fechavam a Unidade, ocorrendo aos finais de semana ou nos momentos reservados para reunião geral, sendo autorizados pela Secretaria de Saúde do município devido à participação no programa. Para realizar essas estratificações, a gestão da Unidade desenvolveu um cronograma e roteiro para a equipe se organizar. Cada profissional ficava responsável por uma tarefa, por exemplo: organização, identificação e atualização dos prontuários; verificação de situação vacinal; realização de todas as estratificações dos grupos já citados pelas informações que constavam nos prontuários; desenvolvimento de plano de cuidado de acordo com a orientação da Sesa e a inserção de todas as informações em diferentes planilhas para acompanhamento sistemático.

O desenvolvimento do mutirão teve suas potencialidades e fragilidades e embora existam críticas em relação à importância e aplicabilidade da estratificação de risco, não deixou de ser uma estratégia articulada pela própria equipe, na qual a coordenação buscou valorizar a ideia de um profissional e integrar a todos no andamento da atividade. Ficou evidente que a equipe criou sua própria estratégia para se organizar e atingir o objetivo, isto é, também houve protagonismo dos trabalhadores durante a construção da estratégia.^{5,6}

O contraditório fez-se presente e ele é inerente ao processo de trabalho. No âmbito da APS, o tempo todo existe essa tensão entre seguir normas, aspectos burocráticos e a capacidade criativa dos trabalhadores.²⁶ Faz parte da dinâmica do trabalho em saúde. A gestão impõe suas formas de verticalizar o trabalho e o profissional usa da sua liberdade de agir para se deixar capturar ou para governar o seu próprio processo. O fluxo da organização do trabalho e de suas relações depende também do protagonismo dos trabalhadores neste cenário de educação e cuidado.¹⁸

Os profissionais, na micropolítica das relações, podem exercer seu papel seguindo uma diretriz burocrática e prescritiva, especialmente nesses momentos de normatizações que tentam aprisionar o trabalho vivo dos sujeitos, ou podem configurar seu trabalho em tecnologias relacionais. É o processo em ato que vai determinar como isso irá se conformar na gestão do trabalho.¹⁸

Referente às fragilidades, houve diversos relatos sobre a fragmentação do cuidado, não adequação para a real necessidade da população e a incoerência, em muitos momentos, com a integralidade, pois estratificavam com base em prontuários e elaboravam um plano de cuidados comum para todos, sem ter



contato direto com o usuário. Isso só foi desvelado após a prática das estratificações de risco na rotina dos profissionais e foi discutido em reuniões de equipe, e sobretudo, nos encontros informais.

Por mais que normas e protocolos sejam importantes e muitas vezes facilitem a dinâmica do trabalho, eles não devem limitar a capacidade criativa dos trabalhadores. Embora existam protocolos norteadores é preciso garantir que o trabalhador tenha espaço para ser inventivo,²¹ pois nem todas as realidades inserem-se dentro de um padrão, assim como pôde ser percebido com o protagonismo dos trabalhadores nos resultados aqui apresentados.

No que se refere às potencialidades dos mutirões, os profissionais constatarem que foram importantes para organização do processo de trabalho, do fluxo da unidade e para o trabalho em equipe, como refletem as falas dos profissionais:

Esses momentos foram importantes para a gente ter um certo controle geral (...) Consegui organizar meus pacientes e ter mais noção do todo(P09).

No mutirão todo mundo participou junto. Foi um trabalho bem em equipe, sabe? Se fosse para fazer no dia a dia iria ficar complicado pela correria. Mas fechar a UBS foi interessante, porque rendemos bastante juntos e deu para organizar bem, fazer as estratificações, os levantamentos e as planilhas de acompanhamento(P07).



A principal potencialidade percebida refere-se à mobilização que os trabalhadores fizeram para o desenvolvimento de um projeto comum. Embora o mutirão tenha sido trabalhado na lógica da produtividade, com predominância em resultados quantitativos e cumprimento de metas do programa, pôde-se perceber a presença da EPS. Era um esforço constante para lidar com essa realidade, mas a própria equipe articulava-se em um processo coletivo e em outros momentos tentava problematizar e fomentar discussões em grupo sobre o processo de trabalho.

Os espaços que a EPS viabiliza podem ser considerados instrumentos de democratização das relações assimétricas de poder e decisão.³ Por vezes, o ambiente de trabalho tenta imobilizar os trabalhadores, mas é neste próprio ambiente que os profissionais se formam e se desenvolvem. Diante disso, quando a problematização ocorre no coletivo, ela mostra-se como uma importante estratégia para o desenvolvimento da aprendizagem, uma vez que favorece a capacidade do indivíduo como agente de transformação no processo da busca de soluções originais para o enfrentamento de problemas.^{3,27}

Perceber a educação como um agente de mudança proporciona aos profissionais da saúde da família criar estratégias que tornem o trabalho um potente espaço de aprendizado e assim, construir um modelo de atenção pautado na integralidade. A disseminação da EPS na APS significa conscientizar o profissional de sua realidade, para que caminhe com mais autonomia para interferir no seu processo de trabalho.^{27,28}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As principais estratégias elaboradas pela equipe que possibilitaram a gestão do trabalho durante o processo de qualificação da APS referiram-se às reuniões gerais e de equipe, atendimentos coletivos no formato de grupos e os mutirões de estratificação de risco. Estas referem-se à articulação e um movimento de EPS gerado pelos próprios profissionais. Destaca-se que o processo de trabalho não faz parte somente do programa, mas se entrelaça com a própria rotina da unidade de saúde.

A participação no selo possibilitou a construção de arranjos para aprimorar a dinâmica e a reflexão sobre o processo de trabalho, e mesmo que os profissionais vejam fragilidades no andamento do programa, foi uma oportunidade de se pensar como estavam articulando o trabalho e o que poderiam aprimorar.

O processo de qualificação da APS foi um espaço que impulsionou o desenvolvimento da EPS e a capacidade de agir dos profissionais, mas foi preciso estar em constante reflexão e problematização para que não se deixassem capturar pela produtividade e pela lógica hegemônica de condução do trabalho, por vezes impositiva. O contraditório se fez presente, pois liberdade e captura podem mover-se simultaneamente.

Destacam-se que as estratégias foram fomentadas devido à potencialidade da equipe trabalhando em cooperação e pelo perfil da gestão local. O trabalho coletivo foi o diferencial para as problematizações, sobretudo com influência das Residências. Esses profissionais faziam o movimento do mutirão de estratificação, espaços de diálogos informais e reuniões gerais e de equipe não representarem cenários somente de execução de tarefas, mas de planejamento e cuidado. A presença da RMSF e RMFC no serviço fez toda a diferença, inclusive para a integração da equipe, pois a maneira com que a Residência se articula forma a todos: trabalhador, gestor e residente.

Outro ponto que merece destaque é a forma de liderança da gestão local, que foi fundamental para a equipe ser produtiva e desenvolver o trabalho em grupo. Mesmo o selo sendo um processo verticalizado, as estratégias construídas pelos profissionais só foram possíveis porque a equipe de gestão engajou-se em motivar os trabalhadores, em permitir espaços de diálogo e relações mais horizontalizadas, conforme preconizado pela EPS.

Diante do exposto, é importante que sejam realizados mais estudos que evidenciem o protagonismo dos trabalhadores, a ocorrência de processos educativos e de mudanças na qualidade do serviço no âmbito da APS.

REFERÊNCIAS

- ¹ Paraná. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. A Tutoria na APS. 2018. [Acesso em: 10 jan. 2021]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CadernaATutorianaAPS_2018.pdf
- ² Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n: 1996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. 2007. [Acesso em: 10 jan. 2021]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html



- ³ Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília: Ministério da Saúde; 2018. [Acesso em: 10 jan. 2021]. Disponível em: https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf
- ⁴ Baduy RS, Kulpa S, Tallemberg C, Seixas CT, Cruz KT da, Slomp H Jr, et al. “Mas ele não adere!” – o desafio de acolher o outro que é complexo para mim. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp H Jr, orgs. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 220-227.
- ⁵ Viana DL, Martins CL, Frazão P. Gestão do trabalho em saúde: sentidos e usos da expressão no contexto histórico brasileiro. Trab Educ e Saúde. [Internet]. 2018 [citado 10 jan. 2021];16(1):57–78. [Acesso em: 10 jan. 2021]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/K8RFXTV35v8x5crQykvw3VF/abstract/?lang=pt. jan./abr. 2018. doi: https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00094>
- ⁶ Machado MH, Ximenes Neto FRG. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. Cien Saude Colet. [Internet]. 2018 [citado 10 jan. 2021];23(6):1971-1979. [Acesso em: 10 jan. 2021]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/yxKZJcmCrSHnHRMYLntFYmP/?lang=pt. jun. 2018. doi: https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06682018>
- ⁷ Galavote HS, Franco TB, Freitas P de SS, Lima e de FA, Garcia ACP, Andrade MAC, et al. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. Saúde e Soc. [Internet]. 2016 [citado 10 jan. 2021];25(4):988-1002. [Acesso em: 10 jan. 2021]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4b-bXCdp38wqDQYdHbkv5mnN/abstract/?lang=pt. out./dez. 2016. doi: https://doi.org/10.1590/S0104-12902016158633>
- ⁸ Mota RR de A, David HMSL. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: questões a problematizar. Rev Enferm UERJ. [Internet]. 2015 mar. [citado 10 jan. 2021];23(1):122-127. [Acesso em: 15 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/14725. doi: https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.14725>
- ⁹ Feitosa RMM, Paulino AA, Lima JOS Jr, Oliveira KK, Freitas RJM, Silva WF. Mudanças ofertadas pelo programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Saude e Soc. [Internet]. 2016. [citado 10 jan. 2021];25(3):821-9. [Acesso em: 15 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Sq5s7SXXbYRpsvfyv-CGKpG/abstract/?lang=pt. jul./set. 2016. doi: https://doi.org/10.1590/S0104-12902016151514>
- ¹⁰ Saddi F da C, Harris MJ, Coelho GA, Pêgo RA, Parreira F, Pereira W, et al. . Perceptions and evaluations of front-line health workers regarding the Brazilian national program for improving access and quality to primary care (PMAQ): A mixed-method approach. Cad Saude Publica. [Internet]. 2018. [citado 10 jan. 2021];34(10):e00202417. [Acesso em: 15 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/YpYHfZJzFGjcs8Y-qH6pt8NB/?lang=en. 22 out. 2018. doi: https://doi.org/10.1590/0102-311X00202417>
- ¹¹ Mendelson A, Kondo K, Damberg C, Low A, Motuapuaka M, Freeman M, et al. The effects of pay-for-performance programs on health, health care use, and processes of care: A systematic review. Ann Intern Med. [Internet]. 2017 mar. [citado 10 jan. 2021];166(5):341-353. [Acesso em: 15 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.acpjournals.org/doi/pdf/10.7326/M16-1881. doi: https://doi.org/10.7326/M16-1881>
- ¹² Ryan AM, Krinsky S, Kontopantelis E, Doran T. Long-term evidence for the effect of pay-for-performance in primary care on mortality in the UK: a population study. Lancet. [Internet]. 2016 jul. [citado 10 jan. 2021];388(10041):268-74. [Acesso em: 15 jul. 2021]. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)00276-2/fulltext. 17 jul. 2016. doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00276-2](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00276-2/fulltext. 17 jul. 2016. doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00276-2)
- ¹³ Angrosino M. Etnografia e observação participante. Porto Alegre: Artmed; 2009. 138 p.



- ¹⁴ Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Centauro; 2005. 110 p.
- ¹⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União; 2017 set. 183; Seção 1, p. 68.
- ¹⁶ Scherer CI, Scherer MD dos A, Chaves SCL, Menezes ELC de. O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração? Saúde e debate. [Internet] 2018 out. [citado 10 jan. 2021];42(spe2):233-46. [Acesso em: 15 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/VNpzjJxJvP3sDfnMJ8SBjpS/?lang=pt>. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S216>
- ¹⁷ Ferreira L, Barbosa JS de A, Esposti CDD, Cruz MM da. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. Saúde e debate. [Internet]. 2019 jan./mar. [citado 10 jan. 2021];43(120):223-239. [Acesso em: 15 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3wP8JDq48kSxRFMZqGt8rNQ/?lang=pt>. jan./mar. 2018. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>
- ¹⁸ Franco TB, Merhy EE. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. Tempus – Actas Saúde Coletiva. [Internet]. 2012 abr. [citado 10 jan. 2021];6(2):151-63. [Acesso em: 15 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120/1034>. doi: <https://doi.org/10.18569/tempus.v6i2.1120>
- ¹⁹ Farah BF, Dutra HS, Sanhudo NF, Costa LM. Percepção de enfermeiros supervisores sobre liderança na atenção primária. Rev Cuid. [Internet]. 2017 maio/ago. [citado 10 jan. 2021];8(2):1638-55. [Acesso em: 15 jul. 2021]. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732017000201638. doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.398>
- ²⁰ Chiavenato I. Princípios da administração: o essencial em teoria geral da administração. 2. ed. Rio de Janeiro: Manole; 2012. 456 p.
- ²¹ Félix SBCM. Momentos e movimentos da implantação de um Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF) em uma cidade do sul do Brasil. [Tese]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2017. 172 p.
- ²² Schenker M, Costa DH da. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. Cien Saude Colet. [Internet]. 2019 abr. [citado 10 jan. 2021];24(4):1369-80. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fjgYFRhV7s4Tgqvdf5LKBDj/?lang=pt>. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019>. Acesso em: 15 jul. 2021
- ²³ Brunozi NA, Souza SS, Sampaio CR, Maier SR de O, Silva LCVG, Sudré GA. Grupo terapêutico em saúde mental: percepção de usuários na atenção básica. Rev Gaúcha Enferm. [Internet]. 2019. [citado 10 jan. 2021];40:e20190008. [Acesso em: 15 jul. 2021]. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/96982/54256>. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190008>
- ²⁴ Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. 2012 [citado 10 jan. 2021];p. 512. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
- ²⁵ Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Resolução SESA n°741/2018. Institui e regulamenta a Tutoria como Processo de Qualidade na Atenção Primária em Saúde (APS) do Estado do Paraná. 2018. [Acesso em: 15 jul. 2021]. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/741_18.pdf
- ²⁶ Santos D de S, Mishima SM, Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. Cien Saude Colet. [Internet]. 2018 Mar [citado 10 jan. 2021];23(3):861-70. [Acesso em: 15 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/s9bmJspgCcykVW6gddLytdG/?lang=pt>. Mar, 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>



-
- ²⁷ Weykamp JM, Cecagno D, Vieira FP, Siqueira HCH de. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos profissionais de enfermagem. *Rev Enferm da UFSM*. [Internet]. 2016 abr./jun. [citado 10 jan. 2021];6(2):281-9. [Acesso em: 15 jul. 2021]. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/16754/pdf>. doi: <https://doi.org/10.5902/2179769216754>
- ²⁸ Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM da, Souza HS de. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab Educ e Saúde*. [Internet]. 2020 [citado 10 jan. 2021];18(s1):e0024678. Acesso em: 15 jul. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/RLtz36Ng9sNLHknn6hLBQvr/?lang=pt>. 2020. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>
- ²⁹ Beraldi ML, Mendonça FF, Carvalho BG, Félix SBCM. Reflexos de um processo de qualificação da Atenção Primária à Saúde na rotina e no cuidado produzido por seus trabalhadores. *Physis: Saúde Coletiva*. [Internet]. 2021 nov. [citado 12 fev. 2022]; 31(1): e310112. [Acesso em: 12 fev. 2022]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/DWKTzZPp5zky8zS7TbpSRym/abstract/?lang=pt#ModalArticles>. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310112>.

