

Vera Lúcia de Moura Fonseca

TRABALHO REAL E PRESCRITO

O cadastro de usuário em um Centro de Saúde de Belo Horizonte

Belo Horizonte

2018

Vera Lúcia de Moura Fonseca

TRABALHO REAL E PRESCRITO

O cadastro de usuário em um Centro de Saúde de Belo Horizonte

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Administração Pública: Planejamento e Gestão Governamental – CEAPPGG – 2016, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Administração Pública, Planejamento e Gestão Governamental.

Orientadora: Carolina Portugal Gonçalves da Motta

**Belo Horizonte
2018**

Autor: Vera Lúcia de Moura Fonseca

Título: TRABALHO REAL E PRESCRITO

O cadastro de usuário em um Centro de Saúde de Belo Horizonte

Natureza, objetivo, nome da instituição:

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Administração Pública: Planejamento e Gestão Governamental – CEAPPGG – 2016, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Administração Pública, Planejamento e Gestão Governamental.

Área de concentração:

Aprovada na Banca Examinadora

Nome, titulação, instituição a que pertence

Nome, titulação, instituição a que pertence

Belo Horizonte

2018

AGRADECIMENTOS

Há muitas pessoas a quem agradecer. Recebi muito estímulo para persistir nesta caminhada até sua conclusão.

Não há uma única e mais adequada maneira de expressar minha gratidão. Então sou profundamente grata aos meus amigos por ter acreditado em mim, por ter me incentivado a buscar aquilo que me faz feliz.

Agradeço à Carolina Portugal Gonçalves da Motta, orientadora do TCC, por sua dedicação e auxílio preciso. Pelas ajudas operacionais e por tantas e tantas outras coisas além de sua delicadeza nas observações e sugestões, companheirismo e amizade.

E por fim meu agradecimento muito especial aos meu marido e meus filhos que muito me ensinaram, através de sua paciência, carinho, apoio, presença e incondicional amor e compreensão, mesmo quando não entendiam, continuavam respeitado e apoiando minhas escolhas profissionais.

RESUMO

Este trabalho apresenta um estudo sobre as relações entre trabalho real e prescrito em um Centro de Saúde de Belo Horizonte, utilizando a ferramenta do cadastro do usuário como forma de verificar essas relações. O objetivo, proposto foi analisar como é realizado o trabalho (real e prescrito) em um Centro de Saúde de Belo Horizonte, sobretudo identificando sua relação com o processo de cadastramento dos usuários, a partir da estratégia da gestão do cuidado no território, que considera o cadastro um macroprocesso básico que tem influência em todos os processos, serviços e indicadores da atenção básica. Para tanto, o trabalho utilizou como técnicas de pesquisa a aplicação de questionário quantitativo semiestruturado, em uma amostra de servidores da Unidade, e o uso de observação direta. Quanto ao cadastro ficou evidente, no resultado deste estudo, sua influência em todos os processos, e na qualidade do cuidado que a atenção básica se propõe a ofertar, assim como no acesso ao serviço de saúde. A partir dos resultados, também pode se notar que há uma percepção objetiva de que o trabalho prescrito pouco difere do real, apesar dos comentários apontarem um descolamento nesta percepção. Isso indica a possibilidade de existir uma dificuldade na diferenciação entre o que é trabalho prescrito e o que é o trabalho real, indicando que o trabalho real e o saber tácito vão cotidianamente se tornado prescrito. Esta percepção pode estar sinalizando questões pessoais dos trabalhadores tais como falta de reflexão mais elaborada, medo de retaliação por descumprimento de normas estabelecidas, desinteresse de esclarecer suas ações com isso criar possibilidade de gerar novas demandas e esforços, ou mesmo desconhecimento, se tornando mais fácil responder que o trabalho prescrito não é diferente do real. Por outro lado, pode estar sinalizando também a complexidade que a realidade apresenta, com problemas estruturais, falta de recursos humanos e materiais, distanciamento da realidade prática em relação a teoria que conduzem a necessidade de remanejamentos e adaptações, mesmo que de forma inconsciente. Aponta também para o alerta de que cada organizador do trabalho, deve estar atento a realidade e levar em conta os imperativos de toda atividade humana e a contradição entre normas necessárias e renormalizações considerando as situações sempre singulares.

Palavras-Chave: *Cadastro; Trabalho Real; Trabalho Prescrito; Gestão Cuidado no Território*

ABSTRACT

This study presents a study about the relationships between actual and prescribed work in a Belo Horizonte Health Center, using the user registration tool as a way to verify these relationships. The objective of this study was to analyze how the work is performed (real and prescribed) at a Health Center in Belo Horizonte, especially identifying its relationship with the process of registration of users, based on the strategy of care management in the territory, which considers the cadastre a basic macroprocess that has influence in all the processes, services and indicators of basic attention. For this, the work used as research techniques the application of semi-structured quantitative questionnaire, in a sample of servers of the Unit, and the use of direct observation. Regarding the registry, it was evident in the result of this study, its influence in all processes, and in the quality of care that basic care proposes to offer, as well as in access to the health service. From the results, it can also be noted that there is an objective perception that the prescribed work differs little from the real, although the comments point to a detachment in this perception. This indicates the possibility of a difficulty in the differentiation between what is prescribed work and what real work is, indicating that real work and tacit knowledge go on a daily basis as prescribed. This perception may be signaling personal issues of workers such as lack of reflection more elaborate, fear of retaliation for non-compliance with established norms, disinterest to clarify their actions with this to create possibility to generate new demands and efforts, or even lack of knowledge, becoming easier that the prescribed work is not different from the actual work. On the other hand, it may also be signaling the complexity that reality presents, with structural problems, lack of human and material resources, distancing from practical reality in relation to the theory that lead to the need for relocations and adaptations, even if unconsciously. It also points to the warning that each organizer of the work must be aware of reality and take into account the imperatives of all human activity and the contradiction between necessary norms and renormalizations considering the ever-unique situations.

Keywords: *Cadastre; Real Work; Prescribed Work; Management in the Territory*

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Instrumentos para gestão do cuidado no território da APS....	33
QUADRO 2: Manual de cadastro – CADSUS WEB.....	40

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Proporção de respondentes segundo percepção da relação do trabalho real e prescrito	48
Gráfico 2: Proporção de respondentes segundo a utilização das ferramentas de tecnologia da gestão clínica.....	52
Gráfico 3: Proporção de respondentes segundo a utilização dos protocolos e procedimentos operacionais padrões.....	54
Gráfico 4: Proporção de respondentes segundo tipo de protocolos e procedimentos operacionais padrão utilizados.....	55
Gráfico 5: Número de respondentes que conhecem a população do Território.....	56
Gráfico 6: Proporção de respondentes segundo influência do cadastro no processo de trabalho.....	57
Gráfico 7: Número de respondentes segundo anuência a questões referentes relação entre o cadastro do usuário e o cartão SUS.....	60
Gráfico 8: Proporção de respondentes segundo planejamentos das ações de acordo com indicadores da Atenção Primária.....	62
Gráfico 9: Proporção de respondentes segundo conhecimento da relação do cadastro com fluxo de funcionamento dos serviços.....	65
Gráfico 10: Proporção de respondentes segundo conhecimento de lei ou estudo sobre aprimoramento do cuidado que envolve cadastro e território de saúde.....	66

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Exemplo de atendimento de vacina febre amarela por faixa etária	70
--	-----------

LISTA DE AREVEATURAS E SIGLAS

ACD Atendente Consultório Dentário

AB- Atenção Básica

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CD - Cirurgião Dentista

CNS- Cartão Nacional do SUS

ESF - Equipe de Saúde da Família

e_SUS AB - Estratégia e Informação para Atenção Básica

GESTAO- Sistema de estratégia de informatização próprio da saúde em Belo Horizonte

GCT- Gestão do Cuidado no Território

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MS - Ministério da Saúde

PEC – Prontuário Eletrônico do Cidadão

PBH – Prefeitura de Belo Horizonte

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PSF - Programa de Saúde da Família

RAS – Rede de Atenção a Saúde

SISAB- Sistema de Informação da Atenção Básica

SMSA- Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

THD - Técnico de Higiene Bucal

UBS-Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2. TRABALHO PRESCRITO <i>VERSUS</i> TRABALHO REAL.....	14
2.1 O papel do saber tácito.....	17
2.2 Trabalho em saúde.....	18
3. SISTEMAS DE SAÚDE.....	20
3.1 O sistema de saúde pública no Brasil, após Constituição 198.....	22
3.2 Atenção primária a saúde.....	26
3.2.1 Portaria 2.436 de 2017 sobre a revisão de diretrizes para organização da Atenção Primária a Saúde.....	28
3.3 A atenção primária em Belo Horizonte e a gestão do cuidado no território	31
3.4 A gestão por processos e os macroprocessos da APS.....	34
3.5 Macroprocesso básico: cadastro dos usuários no processo de trabalho em um Centro de Saúde de Belo Horizonte.....	36
4.METODOLOGIA.....	42
4.1 Pesquisa Quantitativa – Questionário.....	43
4.2 Pesquisa Qualitativa Observação direta.....	45
5.ANALISE DOS RESULTADOS.....	46
5.1 Caracterização do Centro de Saúde que foi o foco do trabalho	46
5.2 Análise da percepção dos servidores sobre o trabalho de acordo com os questionários.....	47
5.3 Observação direta do trabalho na UBS.....	68
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74

REFERÊNCIAS.....	79
APENDECE A.....	83
Folha Introdução.....	83
Questionário.....	84
APENDICE B: QUADRO A1: Principais indicadores da Atenção Básica, referências, parâmetros e alertas, 2018.....	89

1 INTRODUÇÃO

Este estudo se justifica pela sua possibilidade de contribuir com a melhora da efetividade da Atenção Primária a Saúde, podendo provocar o aumento da satisfação de todos os envolvidos (trabalhadores e usuários), melhoria da qualidade das práticas de saúde e maior eficiência e efetividade do Sistema Único de Saúde (SUS). É a partir do Programa de Saúde da Família (ESF), que a Atenção Primária a Saúde (APS) busca ampliar o acesso da população ao sistema de saúde, promover o cuidado integral da pessoa e estimular a vinculação do usuário aos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS-BH).

Neste contexto a partir de reflexões sobre a diversidade de questões percebidos no cotidiano de uma Unidade de Saúde de Belo Horizonte, que busca trabalhar com a estratégia da gestão do cuidado no território na Atenção Primária a Saúde, nas situações concretas e cotidianas de trabalho, que surgiu uma inquietação apontando para a necessidade de melhor compreender a relação entre o trabalho prescrito (pelos manuais, normas) e o trabalho real. Pretende-se relacionar esse trabalho com a fundamentação teórica de alguns autores que abordam o trabalho como lugar de produção de saberes, construído a partir da relação estabelecida entre trabalho prescrito e as estratégias adotadas pelos profissionais para realizar seu trabalho real.

Assim o objetivo geral desse estudo é verificar como é realizado o trabalho (real e prescrito) de um Centro de Saúde de Belo Horizonte, sobretudo identificando sua relação com o processo de cadastramento dos usuários, a partir da estratégia da gestão do cuidado no território na Atenção Primária a Saúde, que considera o cadastro um macroprocesso básico que tem influência em todos os processos, serviços e indicadores da atenção básica. O cadastro individual identifica as características sócio demográficas, os problemas e as condições de saúde dos usuários no território das equipes. Esse cadastro é composto por duas partes, sendo elas: informações de identificação/sócio demográficas e condições de saúde do usuário.

A partir deste objetivo geral, tem-se os seguintes objetivos específicos:

- (a) identificar como o cadastro pode interferir na gestão do cuidado no território;
- (b) identificar os desafios mais significativos relacionados aos processos de trabalho (trabalho prescrito) e o trabalho real relacionado ao cadastro;

(c) analisar como é desempenhado o trabalho real no cotidiano do Centro Saúde e o papel do cadastro neste contexto.

A pergunta que este estudo procurou responder foi: Qual é a relação entre trabalho prescrito pela gestão do cuidado no território e o trabalho real ofertado em um Centro de Saúde em Belo Horizonte, tendo em vista o que está relacionado ao cadastro do usuário?

A partir da vivência no dia a dia da Unidade de saúde acreditava-se que existia um conhecimento sobre o planejamento do trabalho e sobre o trabalho prescrito, de modo que os trabalhadores não teriam dificuldades em utilizar os protocolos. No entanto na observação do dia a dia pode-se perceber a possibilidade de que a demanda real se apresenta muito mais complexa, o que estaria levando os profissionais a construírem novas respostas a partir da realidade apresentada, muitas vezes burlando normas e planejamentos e apoiando-se em saberes individuais e na criatividade.

Em uma atividade na qual existe uma série de normas e regulamentações para a execução do trabalho, a análise da relação entre o trabalho prescrito e o trabalho real que é desempenhado pelos servidores é importante para se aprimorar o que está normalizado, ou, compreender novos arranjos. Assim, a partir dos resultados deste estudo, pode-se pensar em melhorias e adaptações na forma de trabalho que é prescrito nos normativos.

Deste modo, para atingir os objetivos estabelecidos, este trabalho está dividido em cinco partes, além desta introdução.

Na primeira parte a revisão de literatura está dividida em dois temas. O primeiro tema trata de uma reflexão sobre o trabalho real e o trabalho prescrito, que por sua vez esta subdividido em duas partes, a primeira parte relativa ao papel do saber tácito e a segunda referente ao trabalho em saúde. Sugerindo, de acordo com vários autores, que em situações concretas de trabalho, existem variabilidades que surgem e que fazem com que o trabalho real seja diferente do trabalho prescrito, apontando para a reflexão do quanto o trabalho constitui-se num processo contínuo de transformação. Neste contexto o conhecimento tácito, aquilo que só pode ser transmitido ou aprendido através de experiências e do convívio cotidiano, pois é subjetivo e inerente às habilidades de uma pessoa se apresenta como parte significativa da realidade. Em todos os trabalhos em equipe, assim como no trabalho da saúde não existe

trabalhador que dê conta sozinho de todas as necessidades. O trabalho de um depende do trabalho do outro. Neste caminho há um campo em comum entre todos os tipos de trabalhadores: todos eles, independente da sua formação ou profissão, são operadores da construção do cuidado, e portadores de cada parte tecnológica; sendo que a parte das tecnologias leves, que produz relações, é igualmente de todos.

A segunda parte trata do Sistema de Saúde. Ela é subdividida em seis partes, sendo a primeira relativa ao sistema de saúde pública no BRASIL o SUS; a partir da Constituição de 1988; a segunda parte se refere a Atenção Primária a Saúde (APS) , a terceira parte informa sobre a portaria que trata da revisão de diretrizes para organização da Atenção Básica , no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); a quarta parte trata da Atenção Primária em Belo Horizonte com ênfase na a gestão do cuidado no território; a quinta parte que compõe este item é referente a gestão por processos e os macroprocessos da Atenção Primária a Saúde, e a sexta subdivisão se refere ao macroprocesso básico, cadastro dos usuários no processo de trabalho em um centro de saúde de Belo Horizonte. Considerado que os sistemas de saúde são sistemas complexos inseridos nas relações sociais de uma dada sociedade, estudar os sistemas de saúde justifica-se na possibilidade de adquirir conhecimentos para analisar os desafios das estruturas e serviços, ou como estes estão sendo bem-sucedidos nos objetivos de promover a saúde, de garantir melhorias de saúde da população, de cuidar das pessoas e aliviar sofrimentos.

Na terceira parte descreve-se a metodologia utilizada para responder ao problema deste estudo.

A quarta parte retrata a análise dos resultados, onde foi realizada uma análise sobre o trabalho real dos trabalhadores do Centro de Saúde e sua relação com o trabalho prescrito, a gestão do cuidado no território e o cadastro, a partir dos dados levantados no questionário (metodologia quantitativa) e na observação direta (metodologia qualitativa) e sua relação com o referencial teórico deste estudo.

E finalmente algumas considerações finais, onde se apresentou uma avaliação dos objetivos deste estudo, se eles foram atingidos, os principais destaques e sua relação com o referencial teórico. Relacionando os desafios da teoria e da pratica. Foram destacados os avanços e desafios que o estudo apontou. Suas limitações e sugestão de novos estudos.

2. TRABALHO PRESCRITO *VERSUS* TRABALHO REAL

Diferente do animal, que não projeta sua existência, não a modifica, mas se adapta e responde instintivamente ao meio, os seres humanos criam e recriam, pela ação consciente do trabalho, a sua própria existência. Embora o homem também seja um ser da natureza ao constituir-se humano se diferencia dela assumindo uma autonomia relativa como espécie do gênero humano que pode projetar-se, criar alternativas e tomar decisões (ANTUNES, 2004).

Segundo Max o trabalho (1972, p. 153 *apud* SOUZA, 2002) pressupõe uma atividade exclusivamente humana. Este autor considera que o processo de trabalho é a atividade orientada a um fim para produzir valores-de-uso, apropriação natural para satisfazer necessidades humanas. Considerado condição universal do metabolismo entre o homem e a natureza, condição natural eterna da vida humana e, portanto, independentemente de qualquer forma dessa vida, sendo antes, igualmente, comum a todas suas formas sociais (SILVA, 2013).

É relevante o significado do trabalho, que se transforma historicamente e ocupa espaço fundamental na vida das pessoas e nos processos das organizações. Para Antunes (2005), o trabalho representa condição essencial para a existência do homem e destaca a centralidade do trabalho na sociedade atual, apontando que viver uma vida desprovida de sentido no trabalho é incompatível com uma vida supostamente cheia de sentido fora dele.

Para Dejours (1999, p. 32-43 *apud* SOUZA, 2002, p.8) o trabalho “é a atividade coordenada desenvolvida por homens e mulheres para enfrentar aquilo que, em uma tarefa utilitária, não pode ser obtido pela execução estrita da organização prescrita”. É possível perceber com essa definição que a prescrição, ou seja, a tarefa ou modos operatórios prescritos, acaba por não ser respeitado em sua integralidade, pois quando o indivíduo se esforça para alcançar os objetivos da tarefa é em função do trabalho real. Essa definição aborda o conceito de trabalho real que consiste “naquilo que em uma tarefa não pode ser obtido pela execução rigorosa do prescrito”, e também o conceito sobre dimensão humana do trabalho que “é aquilo que deve ser ajustado, rearranjado, imaginado, inventado, acrescentado pelos homens e pelas mulheres para levar em conta o real do trabalho” (SILVA, 2013).

Segundo Merhy (2002), com o passar do tempo o trabalho na atenção primária a saúde tem apresentado características de uma rede viva, conflitante, questionadora, onde a possibilidade da prática clínica é muito menor do que a produção necessária para o cuidado. A partir disso surge no trabalhador um sofrimento pela existência de uma limitação da resposta clínica e pela carência de qualidade de serviços e de outras possíveis e necessárias respostas, o que aponta para a limitação da linha do cuidado. Trabalhar na estratégia da gestão do cuidado no território neste contexto, tem se tornado um desafio para o trabalhador da saúde.

Ainda segundo Merhy (2002), quando trabalharmos, todos nós, modificamos a natureza e também nos modificamos. Então o ato do trabalho funciona como uma escola, mexendo com a nossa forma de pensar e de agir no mundo. No trabalho nos formamos.

Segundo Schwartz (2010) existe algumas proposições universais formuladas para guiar as análises sobre o trabalho onde existe sempre uma distância entre o trabalho prescrito e o realizado e esta distância é sempre ressingularizada e ainda a arbitragem mobiliza um complexo de valores onde o trabalho é sempre encontro de valores.

Ambiente de vida, de aprendizagem e de confronto entre saberes, a noção de trabalho como uso de si leva a conceber que o “[...] trabalho não é só uma realização técnica e/ou mecânica, a qual muitos o reduzem” e a admitir que “[...] o trabalho e o Homem estão íntima e enigmaticamente ligados” (TRINQUET, 2010, p. 96), uma vez que entre uma ação humana qualquer e um trabalho economicamente caracterizado não há descontinuidade absoluta: ambos são comensuráveis, haja vista que envolvem uma experiência, uma negociação problemática entre normas antecedentes e as normas de indivíduos singulares, sempre a serem redefinidas “aqui e agora” (SCHWARTZ, 2004; 2010c).

Importante destacar alguns pilares na sustentação teórica da Ergologia de Yves Schwartz: o trabalho como ambiente de vida, de aprendizagem e de confronto entre saberes científicos e saberes inerentes à atividade.

Trinquet (2010, p. 110) aponta ser necessário reafirmar a “[...] ideia de se levar a normatização das atividades coletivas dos outros apenas até certo grau, pois ela induz a limites, sendo a sua rigidez impossível”. Convém, portanto, a cada gestor, a cada organizador do trabalho, levar em conta os imperativos de toda atividade humana e a contradição entre

normas necessárias e renormalizações considerando as situações sempre singulares. Para isso, é preciso adaptar-se a cada situação e, nesse sentido, como bem coloca Trinquet (p. 110), “[...] a gestão coloca-se mais como uma arte do que como uma técnica”.

A partir dos conceitos destes autores observa-se que em situações concretas de trabalho, existem variabilidades que surgem e que fazem com que o trabalho real seja diferente do trabalho prescrito, apontando para a reflexão do quanto o trabalho constitui-se num processo contínuo de transformação. Não há como prever todos os acontecimentos, pois existem imprevistos nas atividades de trabalho, e nas ações das pessoas. (ROCHAEL, 2003 *apud* CARDOSO, 2004).

Deve-se considerar também que quando se pensa em trabalho real e trabalho prescrito a atividade de cada pessoa é sempre diferente, é sempre singular, pois as pessoas são diferentes, desta forma então, para um mesmo trabalho prescrito o trabalho desempenhado (real) pode ser diferente. Neste contexto, as normativas que regulam o trabalho sofrem transformações constantes, pois, entre o que está planejado e o que foi realizado pelos trabalhadores, existe uma mediação transformativa que se dá pela atividade de trabalho (CARDOSO, 2004). Conforme afirma Santos (2000 *apud* CARDOSO, 2004):

A diferença entre aquilo que está prescrito, enquanto um plano a ser desenvolvido pelo sujeito através de sua atividade e a realização dessa prescrição está presente desde sempre, na relação do homem com a natureza. Há sempre um espaço entre aquilo que é da ordem da prescrição – um plano que é elaborado pelo próprio sujeito ou por outrem – e a realização deste plano. Nenhuma realização é idêntica à prescrição. Fica sempre um espaço que é preenchido por alguma coisa que não estava prevista antes e que vem somar-se ou restar, em relação àquela prescrição, apontando elementos para novas realizações, novos atos futuros. Entre o prescrito e o real, existe um espaço de criação. (p. 66).

Neste contexto pensamos em normas antecedentes e no trabalho prescrito em saúde como conceitos que se referem ao que é dado, exigido e apresentado ao trabalhador antes de a atividade ter início (BRITO *apud* PEREIRA et al., 2009).

Segundo Pereira e outros (2009), é possível reconhecermos algumas normas antecedentes do trabalho em saúde no Brasil como os princípios de humanidade e cidadania da Reforma Sanitária, o valor social e político atribuído ao Sistema Único de Saúde (SUS), as políticas de saúde, os modelos de atenção e de gestão. Elas incluem também a formação técnico-

científica dos profissionais de saúde, a constituição e a forma de divisão das tarefas nas equipes, as tecnologias e materiais disponíveis, os protocolos terapêuticos, as rotinas de trabalho previstas, as regras instituídas nos serviços (de produtividade, de qualidade etc.), as formas de contrato dos profissionais e as demandas dos usuários. Há que se considerar conjuntamente os recursos orçamentários, a organização espacial das unidades, as instalações e suas condições. Outras legislações brasileiras (e internacionais) podem também se configurar como normas antecedentes, ao trabalho em saúde na medida em que lhe influenciem direta ou indiretamente.

Este estudo pretende utilizar uma concepção de trabalho que tem sua matriz nestes autores que consideram os vínculos entre o trabalho prescrito e o trabalho real nos permitindo pensar as formas pelas quais o trabalhador utiliza os seus conhecimentos e saberes e produz novos saberes na realização da sua atividade de trabalho (CARDOSO, 2014).

A partir deste aporte teórico, pretende-se analisar a importância do cadastro do usuário, que deve estar corretamente construído, para auxiliar no trabalho dos profissionais de um centro de saúde.

2.1 O papel do saber tácito

A partir das reflexões anteriores cabe algumas reflexões, sobre o saber tácito, que pode ser considerado parte integrante e importante da qualificação profissional do trabalhador. Podemos pensar que o trabalhador, no seu cotidiano de trabalho, elabora um saber sobre o trabalho, que não está ligado apenas à sua sobrevivência na atividade de trabalho, mas que também contribui para a produção de um conhecimento técnico (CARDOSO, 2014).

O chamado "conhecimento tácito" é uma forma de conhecimento particular, subjetiva e singular de cada indivíduo, desenvolvido ao longo da vida, através de experiências adquiridas pela pessoa e se trata de um modelo de aprendizagem.

Então o conhecimento tácito é aquilo que só pode ser transmitido ou aprendido através de experiências e do convívio cotidiano, pois é subjetivo e inerente às habilidades de uma pessoa. Conhecimento tácito é aquele que o indivíduo adquiriu ao longo da vida, pela experiência no trabalho.

Constitui-se então em conhecimentos, saberes e habilidades trazidos e construídos pelos trabalhadores e que são incorporados nas suas atividades de trabalho, mesmo não estando explicitados nas normas e conteúdo. Pode-se pensar que a fonte de conhecimento onde o trabalho real se alimenta é, o saber tácito do trabalhador. É através dele que o trabalhador introduz diferenças de soluções ao trabalho prescrito (CARDOSO, 2014).

Neste contexto Aranha aponta que “[...] as qualificações que realmente são postas em exercício no processo de trabalho são fruto do ajuste entre as qualificações dos trabalhadores e as qualificações prescritas para os postos de trabalho” (1997, p.19).

Assim sendo, nos trabalhos na área da saúde vários processos são criados, tanto por desconhecimento das normativas do governo quanto por entender que nesses processos o trabalho será facilitado.

2.2 Trabalho em saúde

Segundo Merhy e Franco (*apud* PEREIRA et al., 2009), para se pensar em trabalho em saúde deve-se compreender o que significa “trabalho vivo em ato” em suas duas dimensões. A primeira dimensão significa a realização do trabalho através da produção de bens, da construção de produtos de diferentes tipos. Acrescenta-se aqui a ideia de realização de uma finalidade para o produto, ou seja, pensar para que ele serve, que necessidade satisfaz, que ‘valor de uso’ ele tem. A segunda dimensão é a que se vincula ao produtor do ato, ou seja, o trabalhador, e à sua relação com seu ato produtivo e os produtos que realiza, bem como com suas relações com os outros trabalhadores e com os possíveis usuários de seus produtos.

Compreender a existência destas dimensões nos levará a entendermos o que é o trabalho como prática social e prática técnica. Como ato produtivo de coisas e de pessoas.

Para estes autores, a produção na saúde deve ser pensada, principalmente, por meio do ‘trabalho vivo em ato’, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. No entanto, não podemos desconsiderar que o trabalho vivo interage todo o tempo com instrumentos, normas, máquinas, formando assim um processo de trabalho, no qual interagem diversos tipos de tecnologias. Estas formas de interações configuram certo sentido no modo de produzir o cuidado. Importante destacar que

todo trabalho é mediado por tecnologia e depende da forma como elas se comportam no processo de trabalho, podem-se ter processos mais criativos, centrados nas relações, ou processos mais presos à lógica dos instrumentos duros (como as máquinas).

Neste contexto estes autores trazem como exemplo das tecnologias do trabalho em saúde o trabalho do médico, dividindo-se em três partes para demonstrar o arsenal tecnológico do trabalho em saúde. Na primeira parte se encontram os instrumentos (tecnologias duras), na segunda, o saber técnico estruturado (tecnologias leves - duras) e, na terceira parte as relações entre os sujeitos envolvidos, consideradas como tecnologias leves. Na produção do cuidado, o médico (mas poderia ser o enfermeiro, o técnico da saúde) utiliza-se das três partes, misturando de modo diferente uma com a outra, conforme o seu modo de produzir o cuidado. Desta forma, em momentos diferentes, pode haver a predominância da lógica instrumental; de outra forma, pode haver um processo em que os processos relacionais (intercessores) intervêm para um processo de trabalho com maiores graus de liberdade, tecnologicamente centrado nas tecnologias leves e leve- duras.

Segundo Merhy e Franco (*apud* PEREIRA et al., 2009), não existe trabalhador de saúde que dê conta sozinho do mundo das necessidades de saúde, o objeto real do trabalho em saúde O trabalho de um depende do trabalho do outro. Uma caixa de ferramentas de um é necessária para completar a do outro. O trabalhador sempre depende desta troca, deste empréstimo. Porém, há um campo em comum entre todos os tipos de trabalhadores: todos eles, independente da sua formação ou profissão, são operadores da construção do cuidado, e portadores de cada parte tecnológica; sendo que a parte das tecnologias leves, que produz relações, é igualmente de todos. Destaca-se que o trabalho em saúde é sempre realizado por um trabalhador coletivo para cuidar do usuário portador efetivo das necessidades de saúde Estes autores destacam que o processo de trabalho em saúde, cena na qual é definido o modelo tecnológico de produção da saúde é permeada por sujeitos com capacidade de operar pactuações entre si, de forma que a resultante dessas disputas é sempre produto da correlação de forças que se estabelece no processo. Essa pactuação não se dá apenas em processos de negociação, mas estrutura-se, também, a partir de conflitos e tensões vividos no cenário de produção da saúde, seja na gestão ou na assistência.

Chamam a atenção ainda para a importância do debate sobre processo de trabalho e a compreensão da organização da assistência à saúde e, sua potência transformadora,

especialmente quando pensamos em organização do trabalho, no qual o modelo médico-hegemônico, a distribuição do trabalho assistencial é dimensionada para concentrar o fluxo da assistência no profissional médico. Destacam que há um potencial de trabalho de todos os profissionais que pode ser aproveitado para cuidados diretos com o usuário, elevando assim a capacidade resolutiva dos serviços.

3. SISTEMAS DE SAÚDE

De acordo com Giovanella e outros (2012) as formas como os sistemas de saúde funcionam e se organizam, os resultados que alcançam na saúde e na vida das pessoas, está relacionado com o quanto uma sociedade (governo, mercado e comunidade) toma para si a responsabilidade pela saúde da população. Para estes autores os sistemas de saúde, com suas estruturas públicas e privadas de atenção, que conhecemos hoje, são historicamente recentes e se consolidaram em meados do século XX. Seu desenvolvimento se deve ao crescimento da participação do Estado no controle de mecanismos que afetam a saúde e o bem-estar de populações. Sendo assim os Estados consolidaram estruturas para garantir a prevenção de doenças, a oferta direta de serviços de cura e reabilitação, incluindo o controle e a definição de regras para produção de alimentos, medicamentos, proteção do meio ambiente, etc.

Neste contexto Giovanella e outros (2012) destacam que o sistema de saúde representa um conjunto de relações políticas, econômicas, e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população, e são concretizados em organizações, regras e serviços, que visam alcançar resultados condizentes com a saúde que é prevalente na sociedade. Neste sentido a sociedade vai construindo seu sistema de saúde ao longo do tempo. Então, estudar os sistemas de saúde justifica-se na possibilidade de adquirir conhecimentos para analisar os desafios das estruturas e serviços, ou como estes estão sendo bem-sucedidos nos objetivos de promover a saúde, de garantir melhoria de saúde da população, de cuidar das pessoas e aliviar sofrimentos. Deve ser considerado que os sistemas de saúde são sistemas complexos inseridos nas relações sociais de uma dada sociedade (GIOVANELLA et al, 2012).

Ainda de acordo com estes autores é importante estudar um sistema de saúde, conhecer as características dos seus componentes, que são as suas organizações, seus profissionais, sua rede de serviços, seus insumos, sua tecnologia e conhecimentos, sua cobertura

e sua dinâmica, ou seja, estudar como estes componentes se relacionam entre si, de acordo com o financiamento, a gestão, a regulação e prestação de serviços.

Financiamento, força de trabalho, rede de serviços, insumos, tecnologia conhecimento, são recursos materiais e humanos importantes para o funcionamento da atenção à saúde. As organizações são as agências públicas e privadas responsáveis pelo funcionamento.

As origens dos sistemas de saúde atual estão relacionadas com a concepção de proteção social (seguridade social, seguro social, assistência social), pois o bem-estar dos indivíduos, que estão sujeitos a riscos de toda natureza na vida, é muito importante para uma sociedade mais justa e democrática, onde não se pode pensar apenas em doenças e agravos. Nesta linha de pensamento, a saúde é considerada um bem público e deve ser responsabilidade solidária do Estado e dos cidadãos (GIOVANELLA et al, 2012).

Na história contemporânea a proteção à saúde mais ampla está relacionada a sistemas de saúde universais, públicos e que incorporam a proteção à saúde como um direito de cidadania e dever do Estado. O modelo de proteção social em saúde corresponde a intervenção do governo no financiamento, na regulação e condução dos diversos setores assistenciais, e na prestação de serviços de saúde, corresponde a modalidade de seguridade social, princípio da justiça social (GIOVANELLA et al, 2012).

Historicamente o sistema de seguro social em saúde tem financiamento baseado nas contribuições de empregados e empregadores, o que exclui a população não inserida no mercado de trabalho. É caracterizado pela separação das ações de saúde coletivo como promoção e prevenção, vigilância sanitária, epidemiológica, e exercida por órgão público diferente, com predomínio de ações curativas individuais (GIOVANELLA et al, 2012).

No sistema de assistência social o Estado não assume a responsabilidade de garantia de proteção universal a saúde e protege apenas alguns grupos mais pobres. Cada um individualmente deve comprar serviços de saúde do mercado de acordo com sua capacidade de pagamento.

Os tipos de proteção social em saúde condicionam a forma como o sistema de saúde é financiado e estruturado, o seu leque de serviços e benefícios garantidos, apresentando-se como ponto de partida para compreensão do sistema de saúde.

Neste contexto, a saúde, enquanto direito universal, e com uma perspectiva ampliada para além do modelo médico centrado, propõe romper com a desigualdade histórica que dividia os brasileiros em cidadãos de primeira classe que fazem parte do mercado de trabalho, atendidos pela medicina previdenciária; e de segunda classe, ou seja, aqueles sem trabalho formal, em que restava o precário sistema formado pelas instituições filantrópicas e por alguns hospitais mantidos pelo Estado.

Cabe destacar que o sistema de saúde no Brasil está dividido em público, privado e filantrópico, e que o sistema público é o nosso foco neste estudo. Estados e Municípios, em geral, prestam diretamente os serviços de saúde e a maior parte da rede de serviço hospitalares e ambulatoriais, é de propriedade pública estatal. Grande parte dos profissionais de saúde é de empregados públicos, com modelos de ações e serviços similares em todo país. No caso de serviços contratados pelo setor privado, o Estado tem grande capacidade de regular os serviços e controlar os custos, por ele ser o principal comprador e quem define serviços a serem prestados (GIOVANELLA et al, 2012).

Na Constituição de 1988 a atenção à saúde passa a ser compreendida como política de proteção social, inserida no tripé da Seguridade Social que se constitui na Política de Saúde, de Previdência e de Assistência Social. Trazendo como objetivos e princípios a universalidade, equidade, uniformidade e equivalência, irredutibilidade dos valores dos benefícios, gestão democrática, descentralizada e participativa, garantindo seu caráter público e de responsabilidade do Estado (VASCONCELOS, 2009).

3.1 O sistema de saúde pública no Brasil, após Constituição 1988

O Sistema Único de Saúde (SUS) é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas nos diversos níveis da Federação (BRASIL, 2000), e foi instituído na Constituição Federal de 1988 como proposta de integração e universalização do sistema de atenção à saúde em todo o país.

Segundo Faria (2013) não se pode negar a ousadia do princípio de universalização da atenção, que está associado ao caráter de direito. A “saúde é direito de todos”, de acordo com a CF 1988 (BRASIL, 1989).

Para Vasconcelos (2009), o Sistema Único de Saúde (SUS), por todo seu histórico deve ser compreendido como um processo de produção e de construção social da saúde, que por bastante tempo estará passível de aprimoramentos e adequações. De acordo com a referida autora, o SUS é um projeto de longo prazo, cujas raízes podem ser encontradas ao longo da história do nosso país. Neste processo observa-se que a dicotomia entre prevenção e assistência está presente desde os primórdios, pois a “saúde” não era pensada como um direito, mas como parte de um seguro vinculado ao mundo do trabalho, sendo desenvolvida como assistência médica e ligada à Previdência Social, separada, portanto, das ações coletivas de saúde (FONSECA, 2010).

De acordo com Vasconcelos (2009), o movimento realizado por diversos setores, na década de setenta, pela democratização da saúde na sociedade criou as condições para a construção da Reforma Sanitária Brasileira. Este movimento contribuiu, de forma decisiva, para a inclusão, na Constituição de 1988, do reconhecimento da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado e, ainda, para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), fundado nas diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (FONSECA, 2010).

Neste contexto o conceito ampliado de saúde, estabelecido pela Constituição de 1988 destaca como fatores determinantes e condicionantes da saúde o meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação, etc.); o meio socioeconômico e a cultura (ocupação, renda, educação, etc.); os fatores biológicos (idade, sexo, herança genética, etc.); e a oportunidade de acesso aos serviços que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde (FONSECA, 2010).

A Constituição de 1988 legitima o direito de todos às ações de saúde sem qualquer discriminação e esclarece que a responsabilidade e o dever de prover o pleno gozo deste direito devem ser do Estado (poder público). A Constituição de 1988 estabelece o Sistema Único de Saúde (SUS) de caráter público, universal, formado por uma rede de serviços

regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, e sob controle de seus usuários (FONSECA, 2010).

De acordo com Vasconcelos (2009), o Sistema Único de Saúde (SUS) é regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS– Leis 8080/90 e 8142/90) e propõe a municipalização de um modelo assistencial que contemple a diretriz da integralidade, além da assistência individual a Vigilância Sanitária e a Vigilância Epidemiológica (FONSECA, 2010).

Reafirmando observamos que o artigo 4º da Lei 8080 estabelece que o Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (BRASIL, 1990). Neste contexto, Mendes (1999) afirma que o SUS apresenta dimensões política, por se constituir em ambiente democrático, em que diferentes atores sociais com diferentes projetos têm a oportunidade de construir junto, dimensão ideológica em que a centralidade do médico, a orientação curativa e a perspectiva da doença como foco foi constituída historicamente, portanto, adotar concepção ampliada do processo saúde-doença implica mudanças ideológica, social, cultural, política e tecnológica, cuja implementação exige conhecimento e técnica que sejam adequadas àquilo que se propõe.

Minayo (2009) aponta que no Brasil vem ocorrendo profundas transformações econômica, social e demográfica com significativas repercussões nas condições de vida e trabalho da população e, conseqüentemente, em sua situação de saúde, exigindo uma quebra do paradigma biomédico e o fortalecimento de um novo modelo. Com estas transformações as enfermidades infecciosas vão cedendo lugar às doenças crônicas e degenerativas e aos agravos provocados por violências e acidentes. Esta transição epidemiológica apresenta novo perfil de doenças para responder às transformações que unem questões sociais e problemas de saúde e alteram as taxas de mortalidade e morbidade. As enfermidades cardiovasculares, as violências e acidentes, e as neoplasias hoje se constituem nas principais causas de mortalidade e requerem formas de prevenção e tratamento para além do paradigma biomédico exigindo integração entre relações sociais e visão biológica com as complexidades dos modos de vida.

Segundo Mendes (2002), a formulação de uma política voltada para a organização de um sistema de saúde equânime, integral e resolutivo requer, para o atendimento efetivo dos problemas de saúde da população, a realização de um conjunto de ações articuladas

entre os diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde. O atual modelo de atenção encontra-se estruturado em níveis hierárquicos complementares: atenção primária, atenção secundária, e atenção terciária.

Para a Constituição de 1988 a Atenção Primária a Saúde (APS), que será o foco deste trabalho, se constitui como porta de entrada de uma rede hierarquizada e organizada em complexidade crescente. Observa-se na atenção primária, a proposta de integralidade das ações e a intersetorialidade, destacando como exemplo que as doenças crônicas estão diretamente relacionadas a fatores de riscos comuns e modificáveis como dieta insalubre, inatividade física, consumo de tabaco (OMS, 2005).

Neste contexto, a abordagem usual, centrada no atendimento médico vai se mostrando pouco eficiente e efetiva, se fazendo necessária a construção de projetos terapêuticos mais abrangentes, se tornando uma proposta governamental ampliar para além de uma abordagem exclusivamente médica, o enfrentamento dos problemas de saúde pública e o cuidado das populações nos territórios (CZERESNIA *et al*, 2003).

Já o nível de atenção secundário, segundo Mendes (2009), é prestado por meio de uma rede de unidades especializadas – ambulatoriais, denominados Unidade de Pronto Atendimento (UPA), e hospitais –, e busca garantir o acesso à população sob sua gestão. Está baseada na organização do Sistema Microrregional dos Serviços de Saúde, de acordo com a definição do Plano Diretor de Regionalização (PDR), que tem como objetivo definir as diretrizes para organização regionalizada da Atenção Secundária. A organização da Atenção Secundária se dá por meio de cada uma das microrregiões do Estado, onde há hospitais de nível secundário que prestam assistência nas especialidades básicas (pediatria, clínica médica e obstetrícia).

A atenção à saúde de terceiro nível, segundo Mendes (2009), é integrada pelos serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de alta complexidade. A atenção terciária é organizada em polos macrorregionais, através do sistema de referência. De acordo com a lógica da regionalização, os municípios são agrupados em micro e macrorregiões de saúde.

Como o trabalho do centro de saúde, que pertence à atenção primária, é o foco deste estudo, esta será mais bem descrita em seguida.

3.2 Atenção primária a saúde

Mendes (2009) destaca que a APS é o primeiro nível de atenção do SUS, a porta de entrada, contato preferencial do usuário com o sistema e as redes de atenção. Se refere a um conjunto de serviços de elevada complexidade e baixa densidade tecnológica, cujas ações são organizadas sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume responsabilidade sanitária, considerando o território em que vivem as populações. Assim sendo, os indivíduos preferencialmente devem acessar os serviços de saúde na Atenção Primária que são oferecidas no território onde vivem.

Segundo Giovanella e outros (2012), a APS, de acordo com a abordagem de Starfield (2002), tem como atributos a prestação de serviços de primeiro contato, a responsabilidade longitudinal pelo paciente – com continuidade da relação equipe-paciente –, a garantia do cuidado integral considerando o âmbito físico, o psíquico, e o social da saúde, respeitando os limites de atuação do pessoal da saúde. E ainda cabe a atenção primária à coordenação dos serviços e ações indispensáveis para solucionar necessidades mais frequentes. Neste contexto os serviços da atenção primária devem estar orientados para a comunidade, suas necessidades de saúde, centrado na família, buscando responder as diferentes demandas dos diversos grupos populacionais.

Mendes (2002) ressalta que a estratégia da APS estabelece as ações de promoção, prevenção e proteção à saúde em um território definido e é de responsabilidade do município. Fazem parte da APS: Estratégia de Saúde da Família; Vigilância Epidemiológica; Vigilância Sanitária; Vigilância Ambiental; Saúde do Trabalhador; Assistência Farmacêutica e o Controle de Endemias.

Minozzo e França (2009) apontam o Programa de Saúde da Família (PSF) como uma das principais estratégias de implantação do SUS, que busca a ampliação do acesso e a qualificação das ações mediante reorientação das práticas profissionais de saúde, em que o cuidado tem como foco a família, pois parte da compreensão que os modos de viver influenciam fortemente a saúde e a doença.

Já a vigilância em saúde, para Mendes (2002), tem como papel o constante monitoramento do binômio saúde-doença dos grupos sociais. Sua atuação não se restringe à

espera de sinais de alarme, mas a detecção precoce de estrangulamentos ou de nós críticos que evidenciem os problemas e as necessidades de saúde.

A Equipe de Saúde da Família (ESF) é responsável por um número definido de famílias, localizada em área geográfica determinada. Formada por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), conta, ainda, com uma equipe de saúde bucal formada por um cirurgião dentista (CD), uma auxiliar de consultório dentário (ACD) e um técnico em higiene bucal (THD). A comunidade, o território, e não somente as Unidades Básicas de Saúde (UBS), constitui espaço de atuação das equipes.

Neste contexto é importante compreender o que significa território para a APS, devido sua importância no cenário atual da reorganização da atenção, da rede de serviços e das práticas sanitárias locais. Os processos de trabalho e os cadastros dos usuários hoje obedecem à lógica da territorialização em seu planejamento.

Destacamos que, segundo Faria (2013), o caráter universal do SUS, acabou impondo ao Estado a necessidade de certo arranjo territorial na organização dos serviços. É universal o sistema que atende a todas as necessidades de saúde, de todos os cidadãos, em todo e qualquer lugar equitativamente. Faria (2013) observa também que não há universalidade sem equidade e integralidade, quando pensamos a saúde como totalidade, não apenas como setor, portanto a expressão “a saúde é direito de todos” carrega consigo os três princípios doutrinários do SUS - universalidade, equidade e integralidade - e encaminha para a necessidade do arranjo territorial (integrado, sistêmico, equitativo) dos serviços e das ações.

Compreendendo que não é possível que a saúde seja acessível a todos, indistintamente, se as pessoas não têm acesso ao sistema, e que o acesso depende da existência dos serviços nos territórios, a maneira encontrada para se resolver isso foi implantando a política da descentralização da saúde no Brasil, numa tentativa de levar os serviços aos territórios e, dessa forma, tornar o sistema acessível. Com a descentralização o município ganha importância e com ele o território.

Necessário destacar que a saúde pública trabalha com a territorialização há alguns anos, como ferramenta para localização de eventos de saúde-doença, de unidades de

saúde e demarcação de áreas de atuação. No entanto pensar a territorialização de forma restrita já é vista com algumas considerações, a partir de evidências de que a territorialização deve ser vista de forma ampla, como um processo de habitar e vivenciar um território; uma técnica e um método de obtenção e análise de informações sobre as condições de vida e saúde de populações; um instrumento para se entender os contextos de uso do território em todos os níveis das atividades humanas (econômicos, sociais, culturais, políticos etc.), um caminho metodológico de aproximação e análise sucessivas da realidade para a produção social da saúde (SOUZA, 2004), não podendo ser utilizado como forma de engessamento, o que poderá dificultar o acesso de usuários e o saber construído a partir de um território vivo.

3.2.1 Portaria 2.436 de 2017 sobre a revisão de diretrizes para organização da Atenção Primária a Saúde

Nesta seção faremos uma breve exposição com alguns destaques desta portaria considerado relevante para este estudo.

“Parágrafo único. A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica -AB e Atenção Primária a Saúde -APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento.”

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Art. 3º São Princípios e Diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica: I – Princípios: a) Universalidade; b) Equidade; e c) Integralidade. II – Diretrizes: a) Regionalização e Hierarquização; b) Territorialização; c) População Adscrita; d) Cuidado centrado na pessoa; e) Resolutividade; f) Longitudinalidade do cuidado;

Art. 6º Todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS, de acordo com esta portaria serão denominados Unidade Básica de Saúde – UBS.

Parágrafo único. Todas as UBS são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS.

[...]” O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que as equipes que atuam na Atenção Básica nas UBS devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes, e a partir daí construir respostas para suas demandas e necessidades”.

[...]” as UBS deverão assegurar o acolhimento e escuta ativa e qualificada das pessoas, mesmo que não sejam da área de abrangência da unidade, com classificação de risco e encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas, articulando-se com outros serviços de forma resolutiva, em conformidade com as linhas de cuidado estabelecidas”

[...] “cadastrar, preencher e informar os dados através do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica vigente”

[...]” ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA As atribuições dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica deverão seguir normativas específicas do Ministério da Saúde, bem como as definições de escopo de práticas, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, além de outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal. 4.1.Atribuições Comuns a todos os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica: - Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades; - Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local”;

[...]”. Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde”;

[...]” Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contra referência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica”;

[...]”. Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente”;

[...]”. Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território”;

[...]” Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB”;

[...]” Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;

Art. 7º São responsabilidades comuns as esferas de governo

[...]” divulgar as informações e os resultados alcançados pelas equipes que atuam na Atenção Básica, estimulando a utilização dos dados para o planejamento das ações”.

Pensando neste contexto, faz-se, a seguir, uma descrição da gestão do cuidado no território, de acordo com o manual sobre a Gestão do Cuidado no Território (GCT) (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE BELO HORIZONTE, 2016) que destaca que ao longo destes últimos anos o desafio de se ter uma APS resolutiva e ordenadora do cuidado nas redes de atenção aumentou devido às demandas cada vez mais complexas e diversificadas. Esse aumento gerou a necessidade de buscar o aprimoramento do modelo da gestão da APS e de novas formas de organização, comunicação e apoio entre as equipes técnicas e gerenciais.

3.3 A atenção primária em Belo Horizonte e a gestão do cuidado no território

Ainda segundo o manual da SMSA (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE BELO HORIZONTE, 2016), sobre a Gestão do Cuidado no Território (GCT) a Atenção Primária a Saúde (APS) além de responder a demanda espontânea e atuar como porta de entrada preferencial da rede SUS-BH, é cenário de outras diversas atividades, como as desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais entre outras que são responsáveis por diferentes serviços oferecidos à população. Com isso, esse nível de atenção torna-se cada vez mais complexo e desafiador e demanda um movimento contínuo de qualificação e gestão para superar as dificuldades relatadas pelos profissionais, como falta de conhecimento dos métodos e protocolos, a falta de disponibilidade de tempo para acessar informações essenciais sobre o território e processo de trabalho local e a dificuldade de realizar diagnóstico, planejamento e acompanhamento das ações realizadas e das consequências dessas ações na realidade local.

Outro desafio enfrentado pelas Equipes é o aumento do número de usuários que buscam os serviços da APS de diversos territórios além da área adscrita e o desafio do monitoramento destes cadastros. Pensar em desafio significa compreender a necessidade de .cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, para ser possível utilizar as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, para se possível a priorização das situações a serem acompanhadas no planejamento local (Portaria 2.436 de 2017).

Neste contexto o processo de trabalho da APS, por meio da Estratégia da Gestão do Cuidado no Território (GCT) busca sistematizar o apoio às equipes, na organização dos macroprocessos da APS e o cuidado integral da população da área sanitária adscrita. Busca o fortalecimento da estratégia de saúde da família e a qualificação do dinâmico processo de trabalho da APS. Essa estratégia orienta-se pelos princípios da gestão compartilhada, pelo apoio institucional, pelo foco no planejamento das necessidades do território e pela gestão da equidade, e utiliza-se de ferramentas entre elas a Estratégia da Gestão Clínica. A GCT objetiva potencializar a APS como coordenadora das redes de atenção à saúde e promover uma cultura institucional de ciclos de melhoria voltados à necessidade de cada território (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE BELO HORIZONTE, 2016).

Importante destacar que a metodologia proposta para a GCT, parte de três elementos: o conhecimento da forma como cada região tem se organizado para a gestão do cuidado de seu território, a escuta aberta de problemas e dificuldades locais e a complementação dessa escuta com informações sobre a realidade e sobre os processos locais. A partir dessa análise inicial, a metodologia propõe identificar nós críticos na atenção à saúde e motivar os atores envolvidos para desenvolver planos integradores/agregadores para o enfrentamento desses desafios (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE BELO HORIZONTE, 2016).

Os principais instrumentos para a gestão do cuidado local se caracterizam pela elaboração do diagnóstico situacional, a gestão por processos e os macroprocessos da APS, o planejamento, ciclos de melhoria, o PDSA (planejar, fazer, avaliar e ajustar), o uso da ferramenta da gestão clínica, o uso dos indicadores da APS, o monitoramento e avaliação, e a gestão de conflitos e a abordagem da violência (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE BELO HORIZONTE, 2016).

QUADRO 1: Instrumentos para gestão do cuidado no território da APS

Instrumentos	Características
Diagnostico situacional	É composto pelos seguintes roteiros: Território, População, Processos, Indicadores, Estrutura física e RH, Espaços Coletivos
Gestão por processos e os macroprocessos	Procedimentos básicos; processos de atenção à demanda espontânea; processos de atenção à condição crônica não agudizadas; processos de promoção e prevenção; processos administrativos; processos de atenção domicilia e autocuidado apoiador
PDSA (planejar, fazer, avaliar e ajustar),	Definição do problema Objetivo Questões a responder / previsões. Plano de ação (quem, o quê, onde, quando) Coleta de dados. Implementar plano de ação. Documentar problemas, eventos inesperados análise de dado listar mudanças a serem realizadas. Elaborar novo plano de ação. Realizar novo ciclos.
Gestão clínica	Protocolos clínicos, registros, auditoria clínica, gerenciamento de caso, autocuidado do usuário, atendimento compartilhado, educação em saúde e no cuidado.
Indicadores da APS o monitoramento e avaliação	O painel de indicadores foi construído para dar visibilidade tanto para os processos de trabalho, quanto para a magnitude de determinados problemas de saúde na população acompanhada em cada Centro de Saúde. Como indicadores acompanhados na atenção primária destacam-se o cadastro, o bloco temático da Saúde Materna e Infantil; o das Condições Crônicas, o das Doenças Infectocontagiosas, o da Saúde Bucal, o da Promoção da Saúde, o da Prevenção, o da Demanda Espontânea, entre outros (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE BELO HORIZONTE,2016).

Fonte: Adaptação própria a partir da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE BELO HORIZONTE, (2016)

Em relação a gestão de conflitos a gestão do cuidado no território (GCT) trabalha com a proposta de possibilitar uma maior integração e alinhamento entre os níveis central, distrital e local, uma maior potencialização da capacidade de intervenção, uma maior qualificação do trabalho em equipe, e um maior fortalecimento da gestão compartilhada. Buscar cumprir esses objetivos, escutando e apoiando as equipes na identificação dos problemas mais relevantes relacionados à situação de saúde ou aos processos de trabalho e na realização de planos de ação para seu enfrentamento, em ciclos de melhoria contínuos. A GCT traz a perspectiva de superar a fragmentação entre a atenção à saúde e a gestão em saúde, o que, certamente, contribuirá para ampliar a capacidade de cuidar do usuário em suas necessidades reais, cuidar das equipes que prestam atendimento e cuidar da articulação dos pontos de atenção (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE BELO HORIZONTE, 2016).

Neste caminho, buscando melhor compreender o papel do cadastro no processo de trabalho em uma Unidade de Saúde, no próximo item destacamos algumas reflexões sobre a gestão por processos e macroprocessos na organização e manutenção do conjunto das ações que possibilitam a produção de melhorias na qualidade da assistência prestada ao usuário e na organização das atividades profissionais.

3.4 A gestão por processos e os macroprocessos da APS

Para Mendes (2015) a orientação por processos permite planejar e executar melhor as atividades pela definição de responsabilidades, utilização mais adequada dos recursos, eliminação de etapas redundantes e refinamento das interfaces entre os processos executados.

Processo é um conjunto de atividades preestabelecidas que, ao serem executadas numa sequência determinada, levam a um resultado esperado, que assegura o atendimento das necessidades e expectativas dos clientes e outras partes interessadas (FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE, 2009).

O gerenciamento por processos é uma abordagem voltada para a organização e manutenção do conjunto de atividades que compõem os processos de uma instituição ou serviço. A gestão por processos e os macroprocessos da APS permitem a produção de melhorias na qualidade e segurança da assistência ao usuário e da atividade profissional. Exige trabalho interdisciplinar e a superação de uma atenção fragmentada (LIMA, 2012).

O mapeamento por processos é a descrição das várias atividades que compõem o processo ou a sua revisão (redesenho). O processo deve ser mapeado por quem o desenvolve diretamente.

Mendes (2015) analisando os fluxos, processos e procedimentos desenvolvidos na unidade ou no território, compreende os processos em macroprocessos e num primeiro momento, como alicerce estão os macroprocessos básicos, aqueles que vão dar suporte ao atendimento das diversas demandas da população. Devem estar pautados em evidências científicas a partir de linhas-guia ou de protocolos clínicos publicados e acessíveis. Como processos fundamentais ao funcionamento da atenção primária destacamos a territorialização,

o **cadastro**, a classificação de riscos familiar; o diagnóstico local, a agenda de atendimentos, a estratificação de risco das condições crônicas, programação e monitoramento por extrato de risco. Os Pops, os fluxogramas, os check-list são instrumentos de organização dos processos básicos nos setores dos centros de saúde (recepção, sala de observação, sala de vacina curativo; farmácia coleta de exames; procedimentos terapêuticos; expurgo).

No segundo momento estão os macroprocessos de atendimento à demanda espontânea com a capacitação das equipes de APS para o atendimento aos usuários com queixa clínica e sem queixa clínica (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE BELO HORIZONTE,2016).

Em um terceiro momento está o macroprocesso das condições crônicas não agudizadas (estabilizadas ou não), as pessoas hiperutilizadoras e as enfermidades que exigem respostas sociais articuladas de forma inovadora e que se expressam num conjunto variado de tecnologias de intervenção, para as condições crônicas, onde destaca-se como estratégia inovadora a ferramenta da gestão clínica (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE BELO HORIZONTE, 2016).

No quarto momento destaca-se a organização dos macroprocessos de promoção e prevenção, relacionada aos principais fatores de risco e aos fatores individuais biopsicológicos, implicando a implantação de programas que estimulem o autocuidado (MENDES, 2012). Na rede SUS de BH destaca-se: controle do tabagismo orientação alimentar; atividade física (Academias da Cidade, Lian Gong e grupos operativos - NASF); prevenção de quedas em idosos; estimulação cognitiva/ memória; controle do álcool e outras drogas; puericultura, estímulo à amamentação; rastreamento de condições de saúde (diabetes, hipertensão); promoção da cultura da paz; programa de homeopatia, acupuntura e medicina antropozóicas (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE BELO HORIZONTE, 2016).

Em um quinto momento destaca-se o macroprocesso de demandas administrativas, que são demandas não clínicas essenciais para dar suporte ao funcionamento, acesso e qualificação da atenção primária a saúde. Devem ser organizados para aumentar a eficiência, uma vez que, consomem muito tempo e recurso da APS. São demandas administrativas importantes: a emissão e análise de resultados de exames laboratoriais; a marcação de consultas especializadas; busca ativa dos pacientes no território para vigilância e

busca de diminuir absenteísmo nas consultas, a gestão de recursos humanos do centro de saúde; o sistema de informação, atualização e monitoramento do cadastro dos usuários, dentre outras (MENDES, 2015).

Com estes momentos construídos pode-se pensar no macroprocesso da atenção domiciliar que compreende um conjunto de atividades realizadas no domicílio de forma programada e continuada, adequando-se à necessidade das pessoas e famílias. E em seguida o macroprocesso do autocuidado apoiado que se refere ao processo de envolvimento do usuário, como colaborador da equipe de saúde. Tem como pilares a informação e a educação para o autocuidado, a elaboração e o monitoramento de um plano de cuidado e o apoio material para o autocuidado, com o objetivo de melhorar a capacidade do usuário de gerenciar seus problemas de saúde (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE BELO HORIZONTE, 2016).

Como pode ser observado até aqui, resumiu-se as referências do trabalho prescrito, pela gestão do cuidado no território, ou seja, aquele que é normatizado ou concebido previamente, cujas tarefas são previamente planejadas em protocolos. Pode-se avaliar também que as etapas dos macroprocessos são interligadas e dependentes e estão contidas num processo de trabalho em saúde dinâmico e contínuo.

Neste contexto, o papel do cadastro (macroprocesso básico) no trabalho real de uma Unidade de Saúde é de extrema importância, já que se busca melhorias contínuas dos processos e toda a cadeia de fluxos, processos e procedimentos desenvolvidos na unidade ou no território estão relacionados com este macroprocesso básico.

3.5 Macroprocesso básico: cadastro dos usuários no processo de trabalho em um Centro de Saúde de Belo Horizonte

O cadastro familiar tem como objetivo conhecer as famílias adscritas às equipes do PSF, sendo uma base importante para a construção de relações de vínculo entre a população e os profissionais de saúde da família. O cadastro familiar é uma ferramenta fundamental para o PSF porque é a partir dele que se define a população que, organizada socialmente em famílias, se vinculará a cada equipe de saúde da família (MENDES, 2012).

A população cadastrada não é apenas a população fornecida pelo IBGE, uma vez que os dados deste muitas vezes estão desatualizados, mas as pessoas que efetivamente vivem no território de responsabilidade de cada equipe. Assim, só com um bom cadastro familiar se poderia romper com um dos problemas centrais do SUS que é a gestão da oferta e se instituir, verdadeiramente, a gestão de base populacional.

Neste contexto o objetivo, segundo Mendes (2012), é conhecer as famílias residentes nas áreas de responsabilidade das equipes de saúde, relacionando os seus integrantes, a situação de moradia e outras informações necessárias para a programação das ações de saúde. Conhecendo a população da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS), seu perfil epidemiológico e os fatores geográficos, demográficos, políticos, econômico-sociais, culturais e institucionais que influenciam na saúde dos indivíduos e da comunidade.

A estratégia “e-SUS Atenção Básica” é apoiada essencialmente por dois sistemas: (i) o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), que é o sistema de informação nacional, e; (ii) o sistema e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), composto por sistemas de software que instrumentalizam o processo de trabalho nas UBS. Como estratégia, é fundamental que o e-SUS AB garanta um processo amplo e padronizado de troca de informações entre sistemas em vários níveis de atenção e no próprio nível da atenção básica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Nesta perspectiva o sistema de informação do Ministério da Saúde, o SISAB-Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica, que utiliza o software e SUS AB, utiliza formulário de cadastro domiciliar e individual, onde os dados do cadastro são lançados. Estes dados são utilizados para informações que possibilitam a classificação por grau de risco e para programação de ações necessárias para a melhoria da condição familiar. É necessário atualizar o cadastro sempre que houver uma alteração importante da composição ou condição familiar. Deve-se considerar as mudanças dinâmicas do território que possam implicar alterações da base populacional, como obras, conjuntos populacionais, assentamentos urbanos e outras. Necessário realizar anualmente uma revisão completa do cadastro das famílias da área de abrangência.

De acordo com o Ministério da Saúde o Cadastro Nacional do Saúde (CNS), ou simplesmente CadSUS, é um sistema de informação de base nacional que permite a

identificação dos usuários das ações e serviços de saúde através de um número, único para cada cidadão, válido em todo o território nacional. Coordenado pelo Ministério da Saúde, esse sistema permite a vinculação do usuário à atenção realizada pelas ações e serviços de saúde, ao profissional e ao estabelecimento de saúde responsável pela sua realização. É também o instrumento de informatização necessário para a organização da rede de atenção à saúde e de gestão do SUS, através do acesso a uma base nacional de dados de saúde do cidadão. A Portaria nº 940/GM/MS, de 28 de abril de 2011, regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2014).

Então o cadastro da Atenção Básica (AB) é uma extensão do CadSUS no que se refere aos dados que apoiam as equipes de AB para mapear as características de saúde, sociais e econômicas da população adscrita ao território sob sua responsabilidade. Este cadastro está organizado em duas dimensões: domiciliar e individual.

A dimensão domiciliar ou cadastro domiciliar identifica as características sócio sanitárias dos domicílios no território das equipes de atenção básica. Este cadastro busca identificar, ainda, situações de populações domiciliadas em locais que não podem ser considerados domicílio, por exemplo, situação de rua (IBGE, 2010), no entanto devem ser monitorados pela equipe de saúde. No cadastro domiciliar o vínculo do cidadão ao seu domicílio é feito por meio do CadSUS do responsável familiar. Este cadastro pode ser vinculado a mais de um responsável familiar e, portanto, a mais de um núcleo familiar.

O cadastro individual identifica as características sócio demográficas, os problemas e as condições de saúde dos usuários no território das equipes de AB. Esse cadastro é composto por duas partes, sendo elas: informações de identificação/sócio demográficas e condições de saúde do usuário.

No sistema informatizado todas as fichas de atendimento passam a ter um cabeçalho identificando a Unidade, a Equipe e o Profissional que realizou o atendimento¹. Além disso, é possível registrar se foi um atendimento compartilhado com outro profissional. Da mesma forma, em todas as fichas é possível identificar os usuários que receberam o atendimento pelo número do CadSUS. E ainda neste contexto existe a ficha de atividade coletiva, usada para

¹ As fichas são preenchidas eletronicamente no sistema e-SUS AB e no sistema “Gestão” (esse último sistema só existe no município de Belo Horizonte).

registrar ações administrativas, bem como reuniões de equipe, ações de saúde, atividades coletivas de promoção de saúde ou ainda atendimento em grupo (MINISTERIO DA SAUDE ,2014).

Além do cadastro dos usuários utiliza-se também o sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), que foi formulado para atender às equipes de atenção básica lotadas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) parcialmente ou totalmente informatizadas. Um sistema com Prontuário Eletrônico é um sistema que amplia integração e gestão do cuidado pelos profissionais. Eles são indispensáveis do ponto de vista de gerar informação sobre o paciente em todos os níveis de atenção que buscar informações no prontuário do paciente. Todo cidadão atendido no Sistema com PEC precisa de um cadastro para este prontuário de atendimento (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2014).

QUADRO 2: Manual de cadastro – CADSUS WEB

Guias básico cadastro	Descrição conteúdo dos campos de cada guia
Dados pessoais	CPF, Nome, Apelido/Nome Social, Nome da Mãe, Nome do Pai, Sexo, Raça/Cor, Etnia Indígena, Data de Nascimento, Tipo Sanguíneo, Data de Óbito, Justificativa do Preenchimento da data de óbito que deve ser preenchido de forma clara para concluir a inativação do CNS por motivo de óbito. Nacionalidade, País de Nascimento, Município de nascimento, se for o caso naturalização.
Contatos	E-mail Principal, Confirmação E-mail Principal, E-mail Alternativo, Confirmação E-mail Alternativo. Telefone, DDD. Nômade se, o cidadão for um cigano, nômade ou morador de rua. Não deve ser usado para omissão do endereço. CEP do endereço do cidadão. País de Residência. Cidade em que o usuário reside atualmente. Tipo de logradouro conforme opções fornecidas pelos correios (Rua, Avenida, etc.). Nome do Logradouro, número, complemento, bairro.
Documentos	Registro na área de documentos básicos, área de Certidões área de Carteira de Trabalho Área de CNH – Carteira Nacional de Habilitação área do Último Passaporte. Programa de Inscrição Social. Campo numérico com validação. Só serão aceitos números NIS / PIS / PASEP válidos. Número do Registro Geral do cidadão de identificação única. Órgão Emissor. UF. Data de Emissão. Título de Eleitor. Para certidões antigas serão apresentados os seguintes campos: nome do cartório, livro, folha, termo e data de emissão. Para novas certidões, serão apresentados somente campos numéricos.
Dados Biométricos	Guia que contém a fotografia atual, bem como o histórico de fotografias do cidadão. Data da Fotografia. Cadastro de impressão digital em desenvolvimento

Fonte: MINISTERIO DA SAÚDE - DATASUS (2015).

Além disso, o cadastro é usado no cálculo dos indicadores de saúde. O sistema de saúde, para verificar a execução de seus programas e ações utiliza e acompanha uma série de indicadores para a gestão do cuidado no território, conforme mencionado na Seção 3.3. Esses indicadores se destinam a produzir evidências sobre a situação sanitária e suas tendências, como base empírica para identificar grupos com maiores necessidades de saúde, estratificar o risco epidemiológico e identificar áreas críticas. Constitui, assim, insumo para o estabelecimento de políticas e prioridades melhor ajustadas às necessidades da população. Além disso, a disponibilidade de indicadores tende a facilitar o monitoramento de objetivos e metas em saúde, estimular o fortalecimento da capacidade analítica das equipes e promover o desenvolvimento de sistemas de informação intercomunicados (RIPSA, 2008).

Para exemplificar o papel do cadastro nos indicadores e no processo de trabalho destaca-se o indicador de percentual de gestantes cadastradas que iniciaram o pré-natal no primeiro quadrimestre, em determinado local e período. Esse avalia a precocidade do acesso ao acompanhamento do pré-natal. A captação de gestantes para início oportuno do pré-natal é essencial para o diagnóstico precoce de alterações e intervenção adequada sobre condições que vulnerabilizam a saúde da gestante e da criança.

Outro exemplo é a proporção de gestantes acompanhadas no pré-natal no mês em relação ao total das que são cadastradas, em determinado local e período. O início do pré-natal no primeiro trimestre e a regularidade das consultas são condições essenciais para o alcance de um número satisfatório de atendimentos com qualidade. Todos estes indicadores possuem como denominador o total de gestantes cadastradas, no mesmo local e período. Reportam a necessidade de realizar busca ativa das gestantes na área de abrangência da equipe e atualizar periodicamente o sistema de informação, SISAB ou no e-SUS AB, sobre os dados referentes ao cadastro de gestantes e ao início do pré-natal. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2015).

Outro exemplo é a proporção de mulheres com exame citopatológico do colo do útero realizado na faixa etária de 15 anos ou mais, que expressa a produção e a oferta de exames citopatológicos do colo do útero (Papanicolau) em relação à população feminina cadastrada com 15 anos ou mais, em determinado local e período. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2015)

Todos os indicadores de saúde da criança para se avaliar as ações e o cuidado também dependem do número de crianças por faixa etária cadastrados, no mesmo local e período e número de nascidos vivos no mesmo local e período.

Já a proporção de pessoas com diabetes cadastradas, expressa o percentual de diabéticos cadastrados entre os diabéticos estimados para a população de 15 anos ou mais, residente em determinado local e período. A importância do diagnóstico populacional para controle dessa doença se justifica amplamente, pois, além da sua prevalência estar aumentando, o diabetes é a principal causa de cegueira, doença renal, amputação, além de expor a um aumento de mortalidade, principalmente por eventos cardiovasculares. O cadastramento dos diabéticos é o primeiro passo para a programação e organização dos processos de trabalho da equipe voltados ao controle dessa doença, na medida em que a equipe que não conhece os

diabéticos da sua área de adscrição não tem condições de realizar o acompanhamento adequado desse grupo de risco (MINISTERIO DA SAÚDE, 2015).

A proporção de pessoas com hipertensão cadastradas, é o indicador que expressa o percentual de hipertensos cadastrados entre os estimados para a população de 15 anos ou mais, residente em determinado local e período. A importância do diagnóstico populacional para controle da hipertensão se baseia na sua alta prevalência e vários efeitos adversos à saúde, incluindo, entre outras, mortes prematuras, ataques cardíacos, insuficiência renal e acidente vascular cerebral. O cadastramento dos hipertensos é o primeiro passo para a programação e organização dos processos de trabalho da equipe voltados ao controle dessa doença, na medida em que a equipe que não conhece os hipertensos da sua área de adscrição não tem condições de acompanhamento adequado desse grupo de risco. A hipertensão arterial está associada à exposição a fatores de risco, entre os quais se destacam o consumo elevado de sal, tabagismo, estresse e obesidade. O risco de hipertensão arterial também aumenta com a idade (MINISTERIO DA SAÚDE, 2015).

Todos os indicadores e ações estão relacionados a proporção da população cadastrada pela equipe de Atenção Básica para acesso aos tratamentos odontológico, tratamento de doenças infecto contagiosas, ao cuidado para questões de atendimento a condições agudas ou crônicas, de prevenção e promoção de saúde ou de combate as evidências da violência. O quadro A1, no apêndice B, apresenta um painel dos principais indicadores da atenção primaria a saúde, seu parâmetro e mapa de parametrização de alerta.

4.METODOLOGIA

Optou-se por uma metodologia de pesquisa exploratória, considerando a proposta de análise das características do trabalho prescrito e trabalho real e sua relação com o cadastro dos usuários em um Centro de Saúde.

Vários desafios de finalização deste estudo, principalmente o fator tempo e disponibilidade, impediram submeter este estudo ao comitê de ética, e determinaram a opção pelo questionário qualitativo sem identificação e sem obrigatoriedade de realizar este procedimento.

Já em relação à natureza dos dados da pesquisa serão quantitativos e qualitativos. Utilizou-se como técnicas de coleta de dados o questionário quantitativo e a observação direta (qualitativa).

4.1 Pesquisa Quantitativa - Questionário

No caso do questionário foi garantido o anonimato dos participantes da pesquisa. Como o interesse maior da mesma foi em relação ao cadastramento do usuário no sistema, foram entrevistados os profissionais de um centro de saúde de Belo Horizonte, que em seu dia a dia se deparam com os cadastros e os problemas nos mesmos.

Inicialmente foi utilizada uma carta de apresentação (Apêndice A) explicando o objetivo e a importância da pesquisa, o sigilo das informações, a importância da sinceridade nas respostas, de modo a permitir o levantamento de dados de forma mais fiel possível.

Também no Apêndice A, é apresentado o roteiro do questionário com onze questões. Na aplicação da pesquisa o questionário utilizado teve como critério de diferenciação a profissão do servidor e o tempo de serviço. Perguntou-se também sobre a percepção do servidor em relação ao trabalho que executa e o que é preconizado e sua avaliação sobre esta percepção. Foi questionado sobre a utilização das ferramentas da gestão clínica, uso dos protocolos, procedimentos operacionais padrões, linhas guias da atenção primária à saúde.

Outras questões abordadas foram: se o trabalhador conhece a população do território; quais as ferramentas que utiliza para conhecer esta população; qual a possível relação entre o cadastro do usuário e o sistema informatizado da PBH – denominado GESTÃO – e o Cadastro Nacional do SUS (CNS- CadWebSUS); quais os indicadores de saúde da atenção primária e sua relação com o cadastro e o planejamento de suas ações. Além destas, ainda foi verificada a possível relação do cadastro com o funcionamento dos principais serviços ofertados na atenção básica².

² Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde, nas atuais concepções são considerados como termos equivalentes, de acordo com a Portaria Nacional de Atenção Básica, 2.436, de setembro de 2017.

A amostra dos servidores da Unidade de Saúde que responderam ao questionário foi extraída com o uso de amostragem aleatória simples dos servidores que estavam presentes no trabalho nos meses de fevereiro e março de 2018. Participaram do estudo os profissionais das Equipes PSF (medico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde-ACS), da Equipe Odontologia, da Equipe NASF (assistente social, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, educador físico), da Equipe Zoonoses e assistentes administrativos, da Unidade estudada.

Para o cálculo da amostra considerou-se que a Unidade conta hoje com 71 profissionais. Destes, 39 profissionais – de diferentes categorias profissionais – responderam ao questionário de onze questões. Para se determinar o tamanho mínimo da amostra probabilística simples, a fórmula utilizada foi (SANTOS³):

$$n = [(Z)^2 N p q] / [p q (Z)^2 + (N - 1) E^2]^3$$

Onde:

n – Número de indivíduos na amostra;

Z- Variável normalmente padronizada associada ao nível de confiança;

N – Número de indivíduos na população;

p – Verdadeira probabilidade do evento

q – 1-p

E – Margem de erro ou erro máximo da estimativa (erro amostral)

A amostra foi calculada para o grau de significância de 90%, erro amostral de 7% e chance de ocorrência do evento (p) de 50%, de modo que se obteve a amostra de 39 servidores da UBS.

Assim, os dados dos questionários foram tabulados e analisados, mas estes resultados foram completados com a observação direta dos aspectos da realidade, que foi feita com a utilização dos sentidos do pesquisador que estava incluído no mundo da pesquisa, mas com o cuidado de não se identificar as pessoas que estavam sendo observadas.

³ SANTOS, Glauber Eduardo de Oliveira. Cálculo amostral: calculadora on-line. Disponível em: <<http://www.calculoamostral.vai.la>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

Cabe destacar que pela Unidade de Saúde ser o local de trabalho do pesquisador a observação não fica isenta da subjetividade deste. No entanto, por ser relevante a esta pesquisa, essa foi feita tomando-se o cuidado de se distanciar do objeto de estudo.

4.2 Pesquisa Qualitativa Observação direta

A partir da coleta de dados através dos questionários com onze perguntas, foi possível observar a relação destes dados com a vida diária (a partir do uso da Observação Direta), destacando a gestão do cuidado no território e o cadastro neste contexto como procedimento básico na atenção primária.

A metodologia qualitativa (observação direta do trabalho desempenhado no centro de saúde) deve ser entendida a partir de uma abordagem que incorpora a questão do significado e da intencionalidade aos atos, relações e estruturas sociais, permitindo a reconstrução de representações sociais pelos seus próprios atores (MINAYO, 2008). Ainda de acordo com esta autora a fala, a observação das práticas, das instituições, o confronto da fala e da prática social é tarefa complementar e concomitante da investigação qualitativa, onde se soma, observação e convivência no campo. Neste sentido o que se pretendeu na avaliação qualitativa é ir além de entender aspectos quantitativos de um fenômeno, é saber o porquê de este ocorrer, o como ele ocorre ou se manifesta.

Neste sentido a observação direta foi realizada buscando ver, ouvir, sentir e analisar as atitudes dos entrevistados, buscando relacionar o que se percebeu a partir da observação do dia a dia do trabalho com o referencial teórico deste trabalho. Como a pesquisadora trabalha na unidade analisada, a observação direta foi feita de forma não sistemática nos dias de trabalho, sobretudo, no mês de março de 2018.

A situação escolhida, o cadastro, faz parte da vida cotidiana de uma Unidade Básica de Saúde em todos os seus processos de trabalho, o que facilitou a possibilidade de observar este fenômeno e refletir sobre o processo de trabalho a partir dele. Como o pesquisador faz parte da realidade desta Unidade de Saúde, as condições para o uso desta metodologia, se tornaram menos complexas, tanto devido a seu papel de participante como de observador imerso em seu ambiente de estudo.

No próximo capítulo se descreverá os resultados da pesquisa quantitativa e das observações que foram feitas sobre o trabalho realizado na UBS.

5 ANALISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo será realizada a análise dos resultados da pesquisa. Na primeira parte apresenta-se uma breve caracterização do Centro de Saúde de uma maneira geral e sem identificação dos 39 respondentes, caracterizando aspectos importantes para maior compreensão do local que foi o foco deste trabalho. Na segunda parte fala-se dos resultados dos questionários e sua relação com o referencial teórico, o trabalho real dos trabalhadores do Centro de Saúde e sua relação com o trabalho prescrito, a gestão do cuidado no território e o cadastro, a partir dos dados levantados no questionário. Na terceira parte relata-se a observação direta com destaque para questões mais relevantes observadas e sua relação com o referencial teórico.

5.1 Caracterização do Centro de Saúde que foi o foco do trabalho

Neste Centro de Saúde de Belo Horizonte destaca-se sua extensa área de abrangência geográfica tendo sobre sua responsabilidade sanitária 22.573 habitantes, segundo os dados do Censo Demográfico (IBGE, 2010). Desse total 45% (10.102 habitantes) são de moradores em áreas de risco elevado ou muito elevado, segundo o IVS de 2012 (SMSA-BH). Hoje, a população considerada de baixo risco sanitário, 55% desta área, aumentou muito sua procura pelos serviços prestados na Unidade e estão incluídos na área de cobertura, ou seja, área que deve ser acompanhada pelas Equipes de Saúde da Unidade.

Destaca-se que estes dados são do Censo de 2010 e hoje a demanda dos Centros de Saúde tem crescido muito, não apenas devido ao crescimento da comunidade próxima a Unidade de Saúde, mas por cidadãos de vários bairros e classes sociais de Belo Horizonte, o que vem desafiando a referência da territorialização, se constituindo em um fenômeno social importante que merece atenção e estudo.

O centro de saúde, como todos do município de Belo Horizonte, trabalha com a Estratégia de Saúde da Família como modelo assistencial da Atenção Primária, com proposta

de oferta ampliada de serviço de promoção e prevenção de saúde, além de serviços assistenciais, levando a Unidade a ter que se organizar para atender a diferentes funções. Diversas ações disputam espaço nas agendas dos profissionais entre demandas programadas (com agendamento prévio) e demanda espontânea (sem agendamento prévio), além de ações coletivas de promoção de saúde.

No rol de serviços prestados destaca-se, além da assistência médica e de outros profissionais da saúde, a visita domiciliar e o cuidado em enfermagem, tais como: administração de vacinas e de medicamentos; curativos; aferição de dados vitais; realização de ECG (eletrocardiograma); acolhimento da demanda espontânea; aplicação de testes diagnósticos (glicemia capilar, testes rápido); orientação, coleta de material biológico para exames de patologia clínica; dispensa de medicamentos na farmácia local e ainda várias demandas inesperadas.

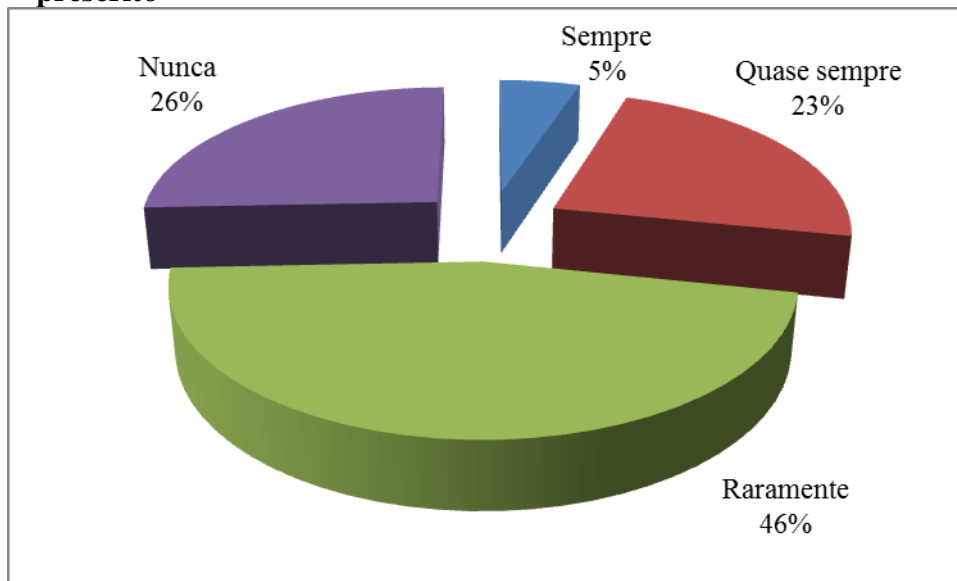
Há serviços que apoiam as ações assistenciais como atualização sistemática de cadastros, monitoramento de absenteísmos a consultas, acompanhamento de condições epidemiológicas, entre outras demandas diversas de acompanhamento e busca ativa para apoiar questões assistenciais, sociais, de saúde mental, judiciais, etc.

Destaca-se que hoje as Unidades de Saúde são equipamentos de importância fundamentais para o equilíbrio social e econômico da cidade, fazendo parte da vida das comunidades que buscam por estes espaços com frequência e intensidade procurando apoio e respostas as suas demandas e as mais variadas formas de carências.

5.2 Análise da percepção dos servidores sobre o trabalho de acordo com os questionários

Em relação à percepção das pessoas sobre o trabalho prescrito, pelo Ministério da Saúde (graf.1), dos 39 questionários 26% acredita que nunca é diferente, 46% responderam que raramente o seu trabalho é diferente do que é preconizado pela Instituição, 23% acredita que quase sempre é diferente, e 5% avaliaram que sempre realizam trabalho diferente do prescrito. Assim sendo, a percepção dos trabalhadores é a de que, em geral, desempenham o trabalho do modo que este está escrito na legislação e normativos

Gráfico 1: Proporção de respondentes segundo percepção da relação do trabalho real e prescrito



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados de pesquisa.

Sobre este aspecto, os entrevistados fizeram algumas colocações. As percepções dos respondentes que afirmaram que *nunca* o trabalho prescrito é diferente do real foram:

“seguimos sempre os protocolos preconizados pela PBH e pelo Ministério da Saúde” (Entrevistado 23);

“[...] as consultas são agendadas conforme protocolos, mas a demanda é sempre muito reprimida.” (Entrevistado 26);

“Porque trabalhamos seguindo o protocolo da atenção básica em saúde bucal” (Entrevistado 10).

Os que concordaram que *raramente* o trabalho real era distinto do prescrito responderam o seguinte:

“Eventualmente espaçamos os retornos de atendimentos e/ou visitas domiciliares devido a deficiências de sala e/ou de carro disponível.” (Entrevistado 8);

“Procuro fazer igual aos protocolos” (Entrevistado 13);

“Exercemos aquilo que é passado para nossa função de acordo com Ministério da Saúde” (Entrevistado 15)

“[Realizo o] processo de trabalho de forma que é preconizado pelo MS” (Entrevistado 12).“

Destaca-se que, alguns dos que responderam que raramente o trabalho real era diferente apontaram percepções que em parte contradizem suas repostas, o que poderia ser analisado como certa “confusão” e/ou não percepção, entre o que é o trabalho prescrito e o trabalho que de fato é executado na rotina devido a várias situações:

“[...] com grande número de ESF que atendemos não conseguimos ter um acompanhamento longitudinal da população dos Centros de Saúde, também encontramos problemas estruturais e meios de locomoção”. (Entrevistado 5);

“Como trabalhamos com público muito heterogêneo algumas vezes precisamos fazer alterações de acordo com a especificidade de cada um” (Entrevistado 6)

“Se aconteceu, foi por desconhecimento de protocolo recente como por exemplo coleta de citologia em mulheres com menos de 25 anos” (Entrevistado 17)

“Às vezes tem que se adequar as condições de trabalho”. (Entrevistado 28)

“Atendo mais o paciente agudo, não fazendo um trabalho de campo mais específico, que poderia promover a saúde fazendo o acompanhamento do paciente” (Entrevistado 37).

Já os que responderam que *quase sempre* o trabalho real é diferente do prescrito tem a seguinte percepção:

“No trabalho de campo as ações são diferentes do que é preconizado.” (Entrevistado 3)

“Excesso de demanda, falta de tempo para monitoramento da população, oferta de serviços na atenção secundária e terciária menor do que a demanda [fazem com que o trabalho real seja distinto do prescrito].” (Entrevistado 24)

“[os] Protocolos [são] diferentes [do trabalho real] [...]” (Entrevistado 19)

“Muitas são as vezes que mesmo conhecendo os protocolos é necessário adaptar ações tanto devido à demanda imediata do paciente, quanto devido a condições de trabalho, as ações de outros profissionais, que estão relacionadas, como também devido a minha própria maneira de atuar dependendo da situação.” (Entrevistado 36)

“Não é muito diferente do preconizado. Mas hoje, na maior parte do tempo, temos que ficar no computador consertando os dados, com isso, [na] promoção de saúde, o principal vai ficando para traz.” (Entrevistado 33).

O respondente que afirmou que o trabalho real *sempre* é diferente do prescrito apontou o seguinte: “*Atendimento da demanda espontânea, crises excessivas, além da demanda programada [...] [é] o foco [do trabalho real].*” (Entrevistado 22).

Este resultado aponta para a possibilidade de existir uma dificuldade na diferenciação do que é o trabalho prescrito e o que é o trabalho real/tácito, que parece, com isso, ter se tornado prescrito. Tem-se como exemplo disso, o Entrevistado 5 que afirmou que raramente não segue o protocolo, no entanto, em sua fala, mostra que não consegue fazer um acompanhamento longitudinal (o que é requerido no protocolo) devido a quantidade de atendimentos.

Com isso, aparentemente, as pessoas acreditam que estão cumprindo os protocolos, princípios e diretrizes, ou seja, que trabalham sempre (ou quase) de acordo com estas, mesmo que existam problemas, que poderiam estar em fatores externos e estruturais, como na infraestrutura.

Observa-se que as questões de infraestrutura, condições de trabalho, demanda de usuários, quantidade de atendimentos, são fatores que aparecem em quase todas as justificativas dos entrevistados, mesmo para aqueles que afirmam nunca fazer diferente do preconizado, apontando uma adaptação consciente ou não do fazer prático, que não está prescrito em nenhum protocolo ou fluxo, o que merece ser melhor estudado, para possíveis esclarecimentos para o trabalho prescrito.

O resultado pode sugerir também uma possível “adaptação” dos protocolos, ações interdisciplinares e dos processos básicos de organização dos serviços, apontando a necessidade de se monitorar, buscar reorganizações, treinamentos e sensibilizações sistematicamente, uma vez que podem ocorrer mudanças significativas e desconhecidas nas normas e orientações além de permutas de profissionais na rede. A estratégia da gestão do cuidado no território como descrita no referencial teórico se propõe a fazer esta escuta e buscar contribuir para esta sensibilização e treinamentos.

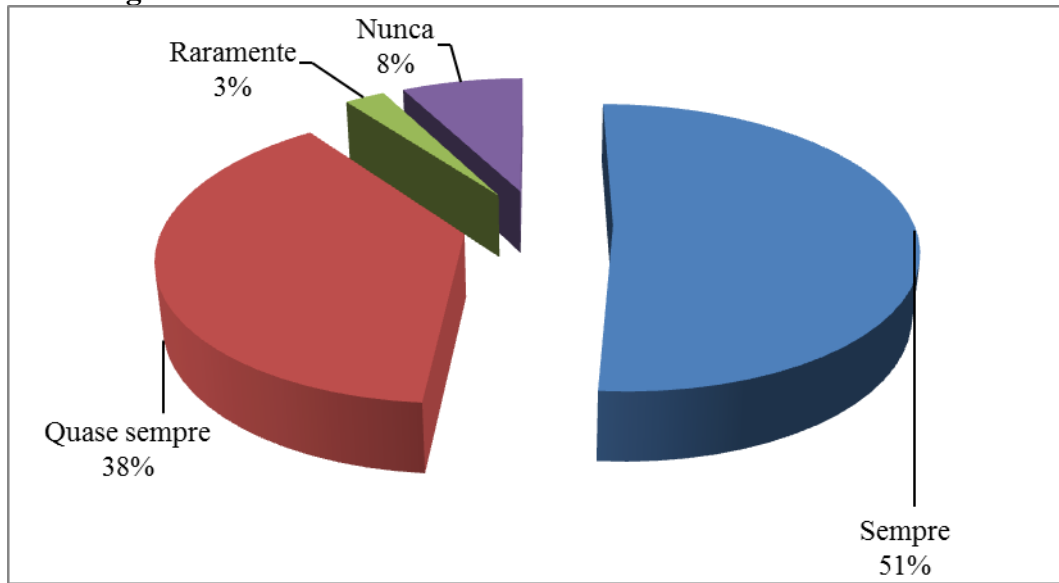
Já em relação às ferramentas da gestão clínica (graf. 2), dos 39 questionários, foi percebido que ela é sempre utilizada por 51% dos que responderam aos questionários, *quase*

sempre usada por 38% dos entrevistados, 3% avaliaram que raramente utilizam a ferramenta da gestão clínica e 8% nunca utilizam.

De acordo com Mendes (2001), a ferramenta de gestão clínica consiste em um conjunto de procedimentos importantes para o atendimento do usuário, pois facilita o trabalho multiprofissional e amplia possibilidade estabelece maior vínculo entre os profissionais e os usuários, criando possibilidade de um cuidado mais integral e eficiente, com a participação e responsabilização do usuário na construção do seu próprio cuidado. Neste contexto, a maioria dos que responderam aos questionários, em consonância com o, sanitarista Eugenio Vilaça (2001), acredita que a gestão clínica é um conjunto de tecnologias destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade, centrada na pessoa, efetiva e estruturada em bases em evidências científicas e importante para a atenção primária, de acordo com a estratégia da gestão do cuidado no território.

Não ficou claro se realmente as pessoas utilizam as ferramentas da gestão clínica como o preconizado ou se estas ferramentas também passam por um processo de adaptação e interpretação de uso para cada profissional, como por vezes ocorre com os protocolos, segundo as considerações dos entrevistados. A percepção desta questão aponta que também ela merece ser aprofundada em novo estudo, para clarear como está sendo sua utilização na gestão do cuidado no território.

Gráfico 2: Proporção de respondentes segundo a utilização das ferramentas de tecnologia da gestão clínica



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados de pesquisa.

Alguns apontamentos dos respondentes que afirmaram que *sempre* utilizam a ferramenta de gestão clínica:

“Porque o trabalho efetivo de qualidade requer um conjunto de ações para benefício dos usuários e não um atendimento específico de um profissional isolado.” (Entrevistado 8)

“Por tratar-se de atendimento em equipe multidisciplinar fazemos uso destas ferramentas rotineiramente.” (Entrevistado 21)

“Facilita a rotina do serviço, pacientes ficam mais satisfeitos. A qualidade do serviço aumenta.” (Entrevistado 18)

“Porque tenho interesse em melhorar a atenção à saúde.” (Entrevistado 17)

“Muitas vezes precisamos usar destas ferramentas para fazer com que nosso atendimento seja mais adequado a cada caso.” (Entrevistado 6)

“É característica do trabalho do NASF o atendimento compartilhado, o matricialmente, educação em saúde e etc. Com o objetivo de atendimento mais globalizado e efetivo para cada indivíduo”. (Entrevistado 5)

“Apoio matricial para tentar ajudar os colegas do PSF a gerenciar o caso sem necessidade de marcação com psiquiatria.” (Entrevistado 22).

“Para melhor abordagem do paciente em todo seu contexto” (Entrevistado 25)

“O uso destas ferramentas permite planejar as ações a conhecer nossos usuários prioritários” (Entrevistado 29).

Algumas considerações dos que afirmaram que utilizam a ferramenta de gestão clínica *quase sempre*:

“Registro clínico, atendimento compartilhado, apoio matricial, fazem parte da rotina. Educação permanente é rara. Auditoria clínica: não há tempo, sobretudo devido ao excesso de demanda” (Entrevistado 24).

“Utilizamos dados a maior parte do tempo para fazer as ações de combate a dengue.” (Entrevistado 3)

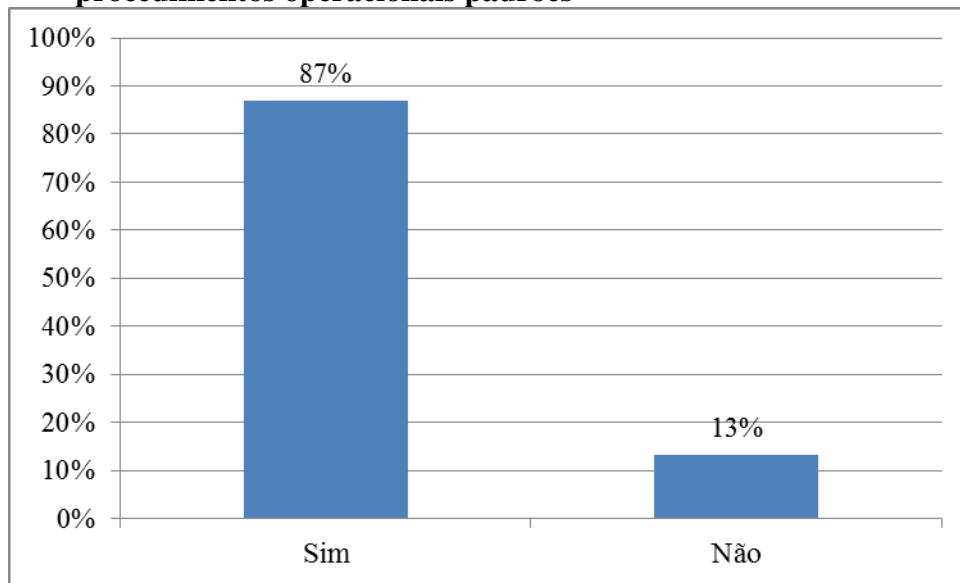
“Através do atendimento compartilhado, reuniões de equipe e apoio matricial. Educação permanente deveria ser mais frequente.” (Entrevistado 10)

“Depende de trabalho multiprofissional e desejo de outros também. Registro clínico uso sempre. Auditoria clínica quando é possível. Atendimento compartilhado quando possível. Matricialmente quase sempre. Sempre que possível educação em saúde educação permanente.” (Entrevistado 36)

Trinta e oito dos 39 entrevistados responderam à questão sobre uso de protocolos e procedimentos operacionais padrões (graf. 3). Destes, 87% afirmam trabalhar com protocolos e procedimentos operacionais, mesmo que seja de maneira indireta, ou adaptada ao seu processo de trabalho.

Destaca-se que 13% dos respondentes alegaram que não utilizam protocolos e procedimentos operacionais padrões da atenção básica, podendo este dado estar traduzindo a não compreensão do processo de trabalho e, por outro lado, a necessidade de capacitações.

Gráfico 3: Proporção de respondentes segundo a utilização dos protocolos e procedimentos operacionais padrões



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados de pesquisa.

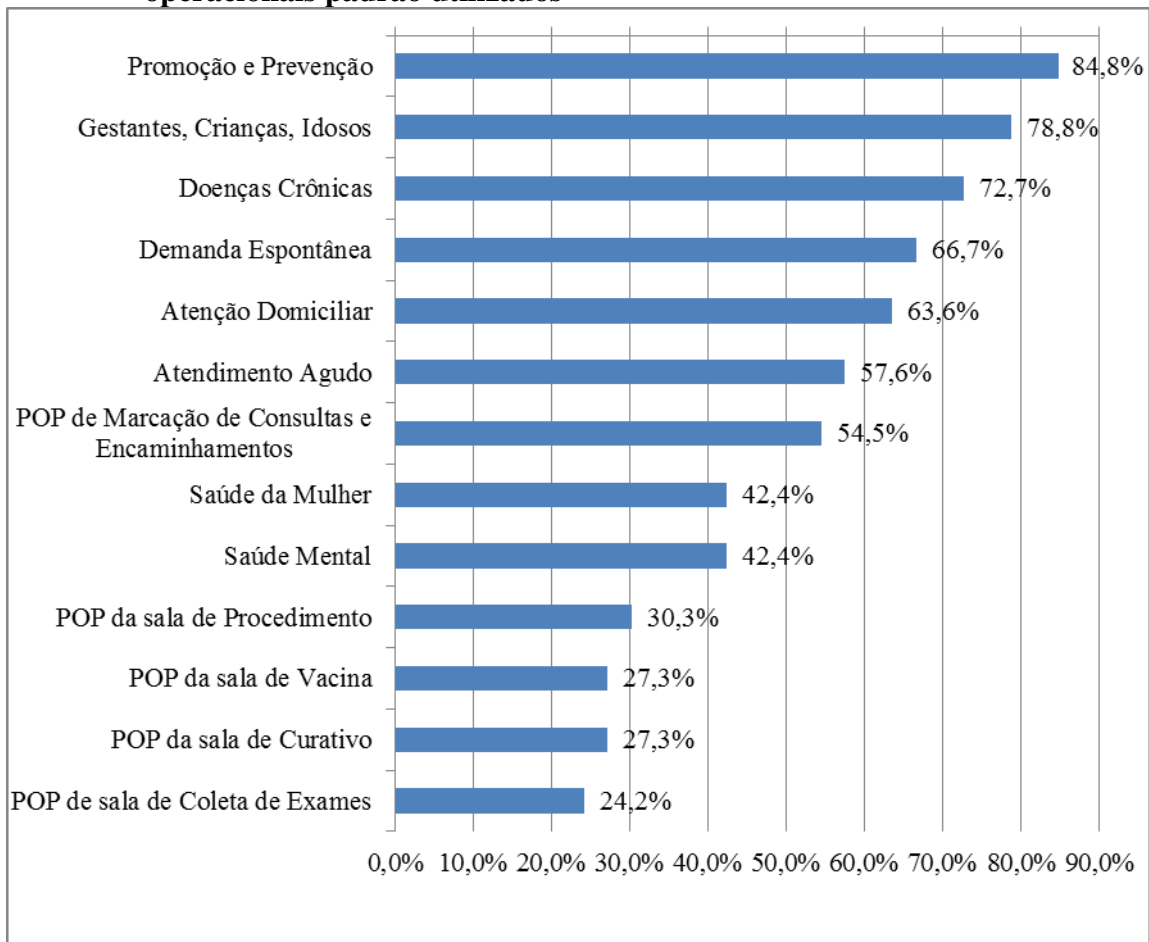
Nota: resposta válida para 38 de 39 respondentes.

Já em relação aos protocolos utilizados (graf. 4) tem-se que, de acordo com os respondentes, o mais utilizado é o de promoção e prevenção, seguido de gestante crianças e idosos. Em terceiro lugar o protocolo de doenças crônicas e em quarto o de demanda espontânea. Em quinto lugar atenção domiciliar. Em sexto ficou atendimento ao paciente em estado agudo. Em sétimo lugar a utilização critérios de marcação de organização de consultas e encaminhamentos. Em oitavo lugar na escala de utilização ficou a saúde da mulher e em nono, a saúde mental.

Como pode ser observado no gráfico 4 na sequência temos em décimo lugar critérios de organização (POP) da sala de procedimentos, em décimo segundo POP da vacina, seguidos POP da sala de curativo, e POP da sala de exames.

Estes dados podem estar traduzindo fragmentação no processo de trabalho, e desconhecimento da importância de todos os serviços no cuidado integral do cidadão.

Gráfico 4: Proporção de respondentes segundo tipo de protocolos e procedimentos operacionais padrão utilizados

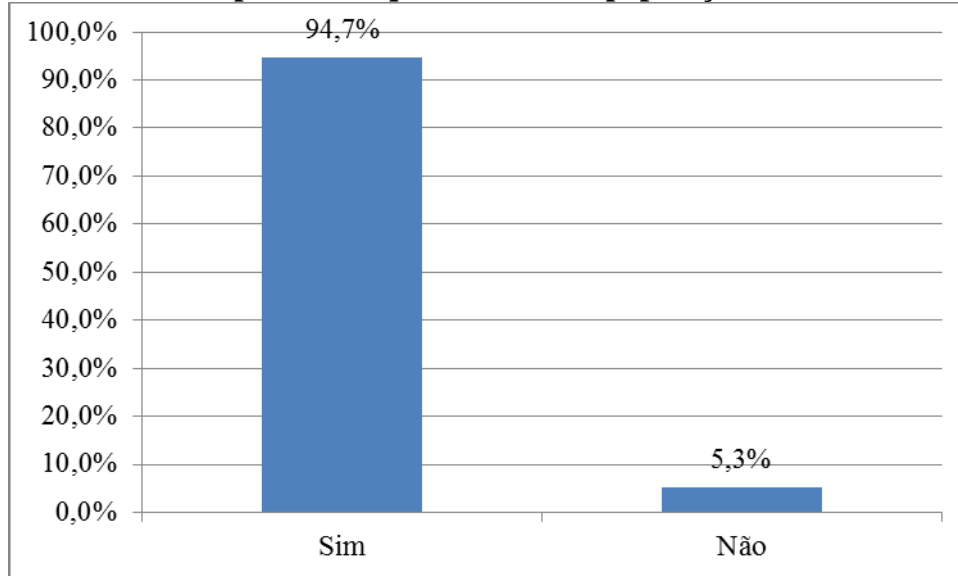


Fonte: Elaboração própria, a partir de dados de pesquisa.

Nota: foram consideradas 222 respostas de 33 respondentes.

Dentre os outros protocolos, houve apenas dois apontamentos: “*dispensação de formulas alimentares*” (Entrevistado 28), “*orientações às Instituição Longa Permanência*” (Entrevistado 17).

Em relação ao reconhecimento da população moradora do território (graf. 5), 94,7% dos respondentes afirmaram conhecer a população do território e apenas 5,3% afirmaram não conhecer. Os respondentes relataram utilizar como ferramenta para conhecer esta população: “*o cadastro*”, ou “*falando diretamente com usuário*”; “*mapa com endereços da área*”; “*cadastro feito no primeiro contato*”; “*levantamento de necessidades*”; “*atendimento compartilhado*”; “*reunião equipes*”; “*ações dos ACS*”; “*visitas domiciliares no território*”; “*consultas de enfermagem*”; “*atendimento a demanda espontânea*”, “*censo populacional*”; “*parceria com ACS*”.

Gráfico 5: Número de respondentes que conhecem a população do território

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados de pesquisa.

Nota: resposta válida para 38 respondentes.

Apesar do resultado do gráfico 5 apontar para o conhecimento da população, foi observado, na recepção da Unidade, que não são poucas as demandas por realização de cadastros e também para CNS, devido a: novos usuários, mudança de endereços e outros serviços que dependem da atualização de cadastros, para que o usuário possa ter sua demanda atendida.

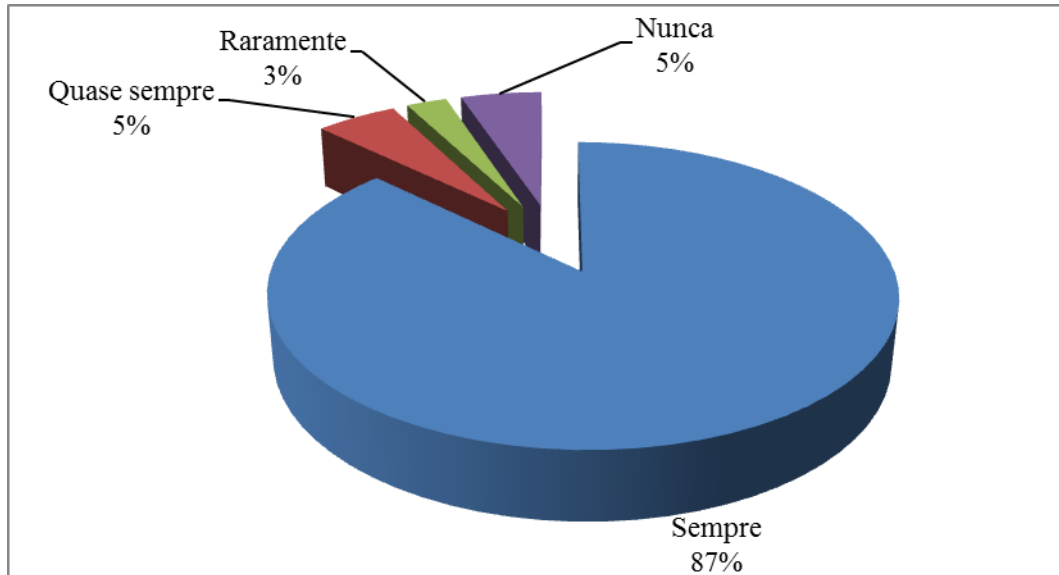
Em relação a questão sobre a percepção da influência do cadastro no trabalho real (graf. 6), dos 39 questionários, 87% responderam que o cadastro sempre influencia, outros 5% acreditam que quase sempre são influenciados, 3% acreditam que raramente ele influencia, e, ainda, 5% acreditam que sua prática (trabalho real) nunca é influenciada pelo cadastro.

Para 92% dos profissionais (que responderam que sempre ou quase sempre influencia) o cadastro tem um papel de destaque no processo de trabalho, o que confirma o impacto que o cadastro exerce nas diversas etapas do trabalho.

Uma vez que o cadastro perpassa diversas atividades da Unidade de Saúde o percentual de 8% de respondentes – para quem o cadastro nunca influencia ou influencia raramente o trabalho – não é irrelevante. Deste modo percebe-se a necessidade de sensibilização e de capacitação dos servidores, para efetiva execução da gestão do cuidado no território, no

qual o cadastro é um importante elemento, o que deverá proporcionar uma melhoria da qualidade do trabalho que é ofertado.

Gráfico 6: Proporção de respondentes segundo influência do cadastro no processo de trabalho



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados de pesquisa.

Algumas considerações de respondentes que afirmaram *sempre* para a questão sobre a influência do cadastro no processo de trabalho:

“O cadastro é necessário para o monitoramento do estado de saúde da população. Sem o mesmo o atendimento é isolado e não há rede de informações ativo.” (Entrevistado 5)

“O cadastro ajuda a obter informações sobre os procedimentos, consultas realizadas. Identifica melhor o usuário, reduz a duplicação de prontuários.” (Entrevistado 18)

“Dependo do cadastro correto para um atendimento eficaz e resolutivo ao usuário. É através do cadastro, por exemplo, que identifico se a área é de risco elevado ou não -risco de vulnerabilidade social.” (Entrevistado 19)

“Responsabilização sobre a população adscrita, (deve-se conhecer e acompanhar esta população, cadastrando todos da família). Organização do trabalho, (agendas, consultas, exames, orientações...). Divisão de Equipes (conhecer a área que está na responsabilidade da Equipe e seus moradores, e suas demandas). [...]” (Entrevistado 16)

“O cadastro é instrumento importante para o dimensionamento da população e para planejamento das atividades das equipes.” (Entrevistado 20)

“É através do cadastro que conhecemos e monitoramos a população.”
(Entrevistado 33)

“Porque através do cadastro você encontra o indivíduo e número de famílias que tem em sua área.” (Entrevistado 30)

“Através do cadastro conheço a população e suas demandas e necessidades e posso organizar o processo de trabalho.” (Entrevistado 24)

“Todas as marcações feitas e procedimentos utilizam o cadastro.” (Entrevistado 35)

“Maior vínculo com a família cadastrada na equipe.” (Entrevistado 26)

“O cadastro tem que estar sempre atualizado para facilitar nosso trabalho. Tudo depende dele.” (Entrevistado 32)

“Porque se o cadastro não estiver correto, nada funciona para o usuário e o profissional.” (Entrevistado 31)

“Porque para que eu atenda o paciente ele necessita estar cadastrado, caso contrário, não se registra o atendimento realizado.” (Entrevistado 8)

“Influência organizando o trabalho: divisão das equipes, referência para atenção secundária, responsabilização pela população cadastrada, alimentar os dados do SISREDE.” (Entrevistado 10)

“Tudo que se realiza em uma Unidade de Saúde está vinculado ao cadastro”.
(Entrevistado 36)

“Na minha opinião, [o] cadastro na minha área avalia o meu serviço.”
(Entrevistado 34)

Perguntou-se também qual seria a relação entre o cadastro do usuário no SISREDE-BH (Gestão) e o Cadastro Nacional do Usuário (CNS-CadWebSUS). Dos questionários respondidos, conforme apresentado no gráfico 7, 97,4% concordam que de acordo com o Ministério da Saúde o Cadastro Nacional do Saúde (CNS), ou simplesmente CadSUS, é um sistema de informação de base nacional que permite a identificação dos usuários das ações e serviços de saúde através de um número, único para cada cidadão, válido em todo o território nacional e, 2,6% discordaram.

Outra questão abordada (graf. 7) foi a relação entre o cadastro do usuário no SISREDE – BH (Gestão) e o Cadastro Nacional do Usuário (CNS – CadWebSUS). Para tanto, os respondentes afirmavam se concordavam com afirmativas que diziam respeito ao vínculo

entre os dois cadastros. Dentre os respondentes, 82,1% concordaram que como é coordenado pelo Ministério da Saúde, esse sistema permite a vinculação do usuário a atenção realizada pelas ações e serviços de saúde, ao profissional e ao estabelecimento de saúde responsável pela sua realização (q6.2). Discordaram 10,3% e 7,7% não responderam.

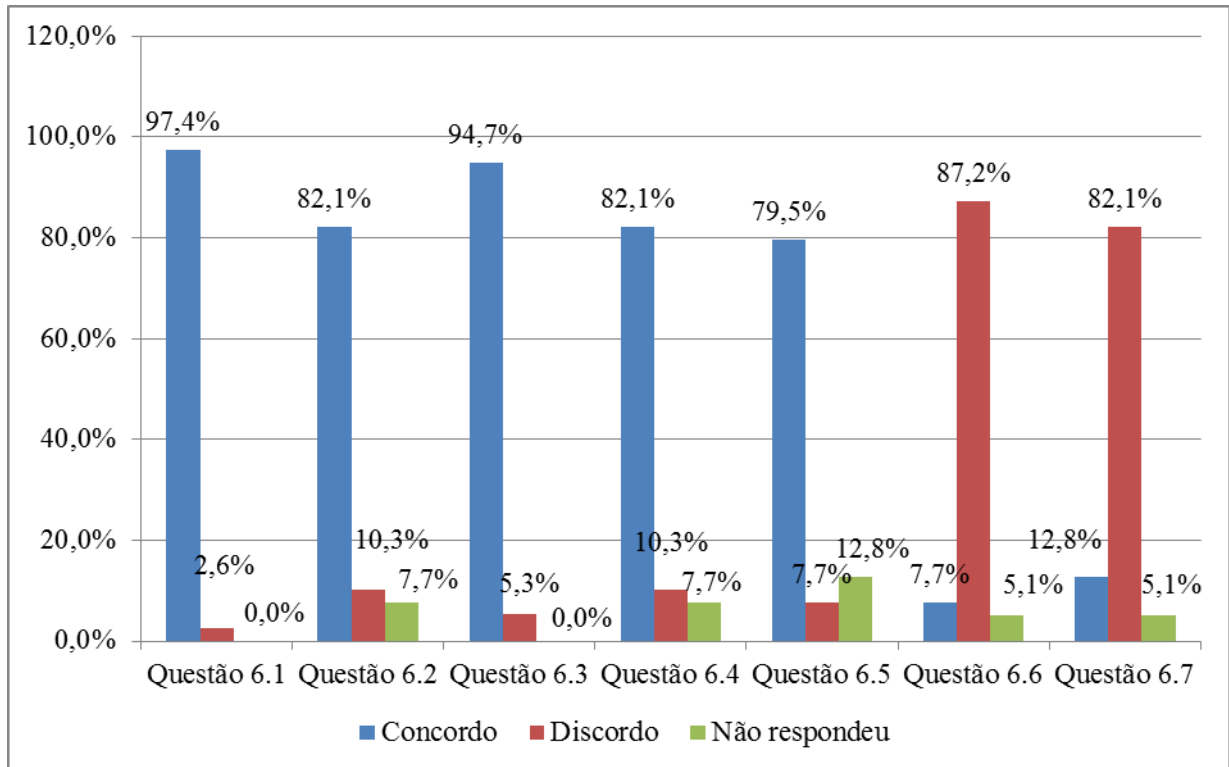
Já na questão 6.3, a qual afirmava que “o CadSUS, CNS, é também o instrumento de informatização necessário para a organização da rede de atenção à saúde e de gestão do SUS, através do acesso a uma base nacional de dados de saúde do cidadão”, cerca de 94,7% dos respondentes concordaram. Entre os respondentes 5,3% discordaram da afirmação.

Em relação ao “cadastro da Atenção Básica (AB) ser uma extensão do CadSUS no que se refere aos dados que apoiam as equipes de AB para mapear as características de saúde, sociais e econômicas da população adscrita ao território sob sua responsabilidade” 82,1%, concordaram. Nesta alternativa, houve 10,3% de discordância. Ainda entre os questionários respondidos, 79,5% concordaram que os dados de um e de outro cadastro têm que ser idênticos, sendo que 7,7% discordaram e o restante 12,8% não responderam.

Por outro lado, nas duas últimas afirmativas (graf. 7) a proporção de respondentes que discordaram foi maior que a dos que concordaram. Na questão 6.6 houve 87,2% de respondentes que discordaram que “o cadastro incorreto não interfere no cuidado ofertado ao usuário”, enquanto 7,7% concordaram com a afirmação e 5,1% não responderam.

E, por fim, na questão 6.7, um total de 82,1% dos respondentes discordaram da afirmação de que “os indicadores e serviços de saúde não estão diretamente relacionados aos cadastros e CNS”. Dos respondentes 12,8% concordaram com essa afirmativa e 5,1% não responderam. Ou seja, os respondentes foram coerentes ao discordarem nas questões 6.6 e 6.7.

Gráfico 7: Número de respondentes segundo anuência a questões referentes relação entre o cadastro do usuário e o cartão SUS



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados de pesquisa.

Nota: resposta válida para 39 respondentes ou 38 respondentes (questão 6.3).

Outra questão abordada foi a percepção dos respondentes em relação aos indicadores da Atenção Primária que poderiam ser influenciados pelo cadastro dos usuários. Cruzando a percepção sobre a importância do cadastro com a função exercida pelo servidor. Tem-se que a maioria dos profissionais reconhece a importância do cadastro, mas também marcam que ainda há necessidade de capacitações e treinamentos para aqueles que não conhecem ou não compreendem as diretrizes, princípios, protocolos e indicadores da atenção primária a saúde. Pelos questionários pode-se observar que prioritariamente os profissionais de nível superior e maior tempo de serviço concordam mais com esta importância, e que os com menos tempo e alguns de nível médio mesmo que já estejam nesta função a um bom tempo reconhecem menos a importância do cadastro. Ou seja, há uma relação entre a importância dada pelo servidor ao “cadastro” (processo básico da gestão do cuidado no território) e o tempo de serviço ou nível da escolaridade deste profissional.

Além disso, perguntou-se quais indicadores da Atenção Primária que o cadastro influencia (estes indicadores encontram-se no Anexo B). Esta pergunta foi uma questão aberta, na qual vários indicadores foram citados, tais como: média anual de nascidos vivos; média

consultas médicas anuais; média de internações anuais; índice de abandono do tratamento de tuberculose; número de óbitos por causas externas; número de mortes maternas; taxa de incidência de indivíduos com tuberculose; proporção de idosos diabéticos e hipertensos captados; doenças de notificação compulsória; taxa de mortalidade; internações; cobertura da primeira consulta da gestante na área; razão entre tratamento concluído e primeira consulta; razão entre prótese ofertada e população adstrita; razão entre alteração de mucosa e população cadastrada; vacinação, cuidados com puericultura; citologia; acompanhamento pré-natal; menores de cinco anos de idade na área de abrangência; proporção de idosos na população; número de mulheres em idade fértil; risco cardiovascular; doenças de notificação compulsória; tabagismo; acompanhamento condicionalidades bolsa família.

Ainda sobre a influência do cadastro nos indicadores da Atenção Primária, alguns respondentes explicaram a sua percepção:

“Conhecendo o número de indivíduos portadores de diabetes ou hipertensão, planeja-se as ações da Equipe. Acompanhamento de gestantes, monitoramento e busca ativa necessitam de cadastro.” (Entrevistado 24)

“Os indicadores estão diretamente influenciados pelo cadastro para gerar produção, localizar paciente, ajudar análise de ações para população cadastrada.” (Entrevistado 36)

“O cadastro incorreto dificulta o planejamento das ações de cuidados para os grupos prioritários.” (Entrevistado 20)

“O cadastro delimita a população atendida, permitindo uma organização do trabalho, vínculo, divisão de equipes, referencialmente necessários, além de ser indispensável ao registro de dados no sistema.” (Entrevistado 9)

“Se o cadastro não estiver correto o indivíduo não será vinculado a equipe desfigurando os indicadores.” (Entrevistado 26)

“Interfere no diagnóstico da situação para programar as ações. (Entrevistado 17)

“É o denominador da maioria dos indicadores para cálculo [...]” (Entrevistado 36)

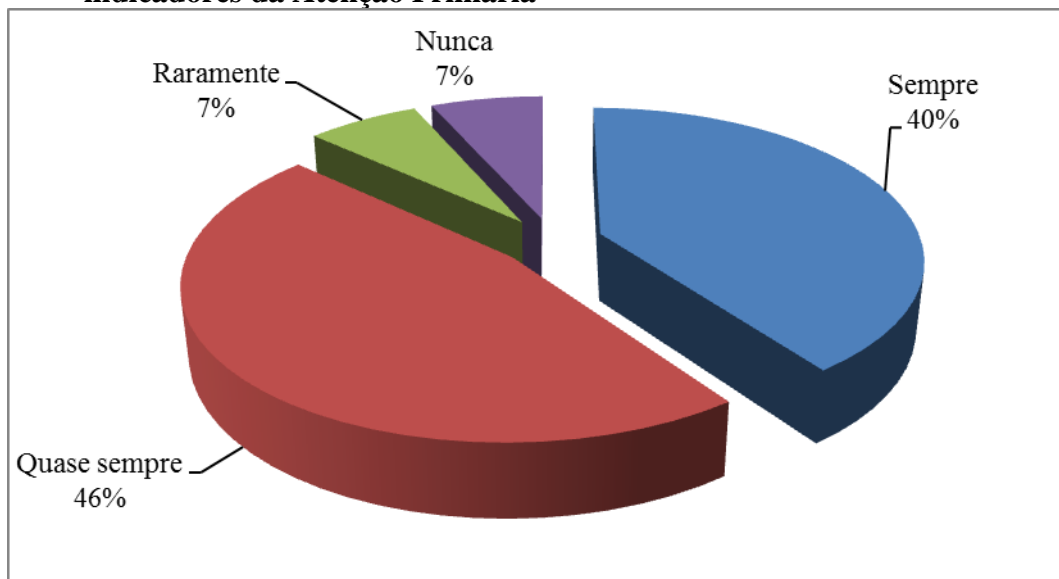
“Dificultando ou facilitando a prestação do cuidado continuado a esses grupos prioritários” (Entrevistado 19)

“É diretamente proporcional as ações efetivas [...]” (Entrevistado 4)

“Resultados de produção não contabilizam. Você trabalha muito e mostra que você não fez nada” (Entrevistado 32)

Outra questão abordada foi o planejamento das ações de acordo com os indicadores da Atenção Primária (graf. 8). No universo de 39 questionários, nove deixaram em branco esta questão, de modo que ela não é representativa para o conjunto dos servidores da Unidade de Saúde, porém, a percepção dos respondentes foi que o planejamento é importante para se dimensionar o trabalho necessário e as prioridades deste serviço. Neste quesito, 40% afirmam que sempre planejam suas ações de acordo com os indicadores, 46% afirmaram que quase sempre planejam, 7% raramente, outros 7% nunca planejam, num total de 30 questionários respondidos.

Gráfico 8: Proporção de respondentes segundo planejamentos das ações de acordo com indicadores da Atenção Primária



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados de pesquisa.

Nota: resposta válida para 30 respondentes. Um respondente não soube responder. Resultado não significativo para a população.

Algumas considerações dos que sempre ou quase sempre planejam suas ações de acordo com os indicadores da Atenção Primária:

“Facilita o planejamento das ações aos grupos prioritários e susceptíveis. (Entrevistado 19)

“O uso agiliza o diagnóstico e conseqüentemente a implementação de medidas.” (Entrevistado 18)

“A atenção básica tem como base a população e suas necessidades, que são refletidas nos indicadores.” (Entrevistado 24)

“Porque estamos cientes das ações positivas que conseguimos finalizar, ou seja, sua resolutividade final embora muitas vezes nossa governabilidade seja limitada.” (Entrevistado 4)

“Você prioriza as famílias de risco.” (Entrevistado 32)

“Sempre que possível tentamos usar os indicadores para o planejamento de ações, mas as vezes a grande demanda não permite que as equipes consigam usar todos os indicadores.” (Entrevistado 23)

“Muitos indicadores tem o cadastro como denominador para cálculo. E todas as ações preconizadas pela SMSA em seus protocolos e serviços são pensadas a partir de indicadores mesmo que não consigamos às vezes determinar esta relação.” (Entrevistado 36)

“Porque através dos indicadores são realizados os trabalhos para se alcançar metas e objetivos propostos.” (Entrevistado 16)

. Apesar desta questão não ser representativa para a população (servidores da Unidade de Saúde), 14% dos respondentes afirmaram que nunca ou raramente planejam suas ações tendo em vista os indicadores da Atenção Primária. Sabendo-se que o número de usuários cadastrados é o denominador de alguns destes indicadores (ou seja, influencia o indicador), tem-se que o cadastro bem feito é um importante instrumento para o cálculo de indicadores que serão utilizados no planejamento das ações. No entanto, a não utilização de indicadores pode apontar para problemas no cadastro ou para a falta de costume de planejamento.

Os que *nunca* ou *raramente* planejam as ações têm as seguintes percepções sobre este tema, que apontam para a falta de hábito de planejamento:

“falta planejamento tanto da Equipe quanto da gestão, que não cobra.” (Entrevistado 17)

“tem dias em que meu trabalho se resume a ficar no Posto com digitação e reunião.” (Entrevistado 34)

“[...] nem sempre era possível essa análise de indicadores e planejamento das ações.” (Entrevistado 21).

“Muitas vezes são realizadas atividades conforme a demanda.” (Entrevistado 28)

Na questão 9 (graf. 9) indagou-se quais os fluxos de funcionamento de serviços da atenção primária são conhecidos e que estão relacionados com o cadastro, percebe-se o reconhecimento, pela maioria, da importância do cadastro nesses serviços.

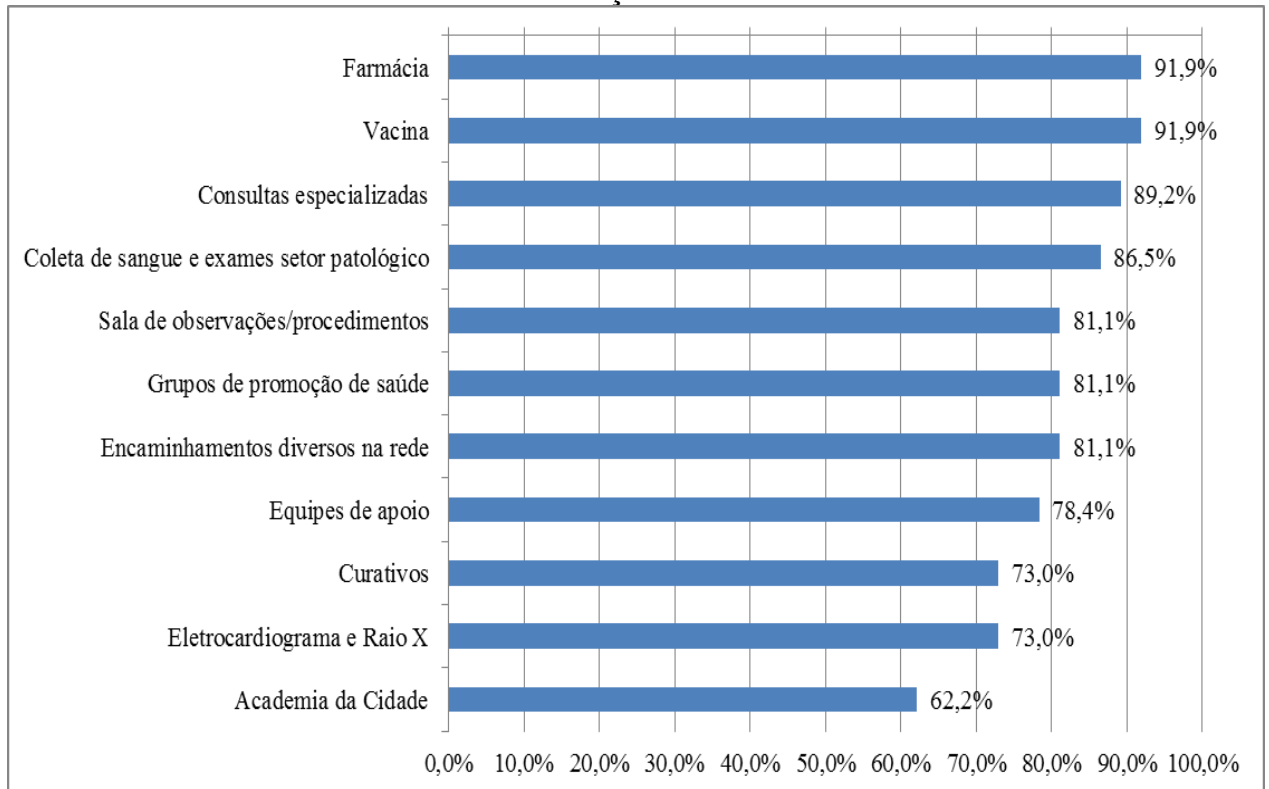
A partir da análise do gráfico 9, podemos perceber os fluxos de funcionamento de serviços da atenção primária que os respondentes conhecem e que estão relacionados com o cadastro: farmácia, vacina, consultas especializadas e coleta de sangue e exames citopatológicos. Mas todos os itens foram apontados pela importância do cadastro para eles.

A Academia da Cidade, item menos apontado pelos respondentes, é um importante projeto de promoção e prevenção da saúde, que é ofertado para os moradores da região de abrangência da Unidade, de modo que o cadastro dos usuários se torna importante para esta política também, assim como consultas, exames, e os demais serviços para a qualidade do acesso e serviços, sem fragmentação do cuidado que a Atenção Primária deve ofertar. A promoção à saúde faz parte de vários protocolos da atenção básica.

Quando os questionários apontam no gráfico 4 que o protocolo da promoção e prevenção a saúde é o mais utilizado, observa-se uma certa incoerência com o gráfico 9 em que a academia da cidade é o item menos apontado pelos respondentes. Isso porque a Acadêmica da Cidade é uma ferramenta de prevenção e promoção de saúde, mas, aparentemente, esta é menos reconhecida pelos técnicos enquanto tal. Estes dados mais uma vez levam a reflexão da percepção entre o trabalho prescrito e o trabalho realmente realizado e a forma como os protocolos e fluxos são compreendidos.

Deste modo, apesar do reconhecimento de muitos, ainda é possível que exista a necessidade de treinamento e socialização de informações e fluxos para maior qualificação da estratégia da gestão do cuidado no território

Gráfico 9: Proporção de respondentes segundo conhecimento da relação do cadastro com fluxo de funcionamento dos serviços



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados de pesquisa.

Nota: Foram 37 respondentes.

Foi também perguntado se haveria outro serviço além dos mencionados no gráfico 9. A maior parte das pessoas não citou mais nenhum serviço além dos fluxos de funcionamento citados na questão 9. Dentre os outros serviços e fluxos citados:

“NASF; Saúde mental e Zoonoses.” (Entrevistado 18)

“[...] CERSAM⁴, Centro de Convivência, Arte na Saúde, agenda dos profissionais do Centro de Saúde.” (Entrevistado 24)

“Acho que todos os encaminhamentos da Unidade dependem do cadastro.” (Entrevistado 33)

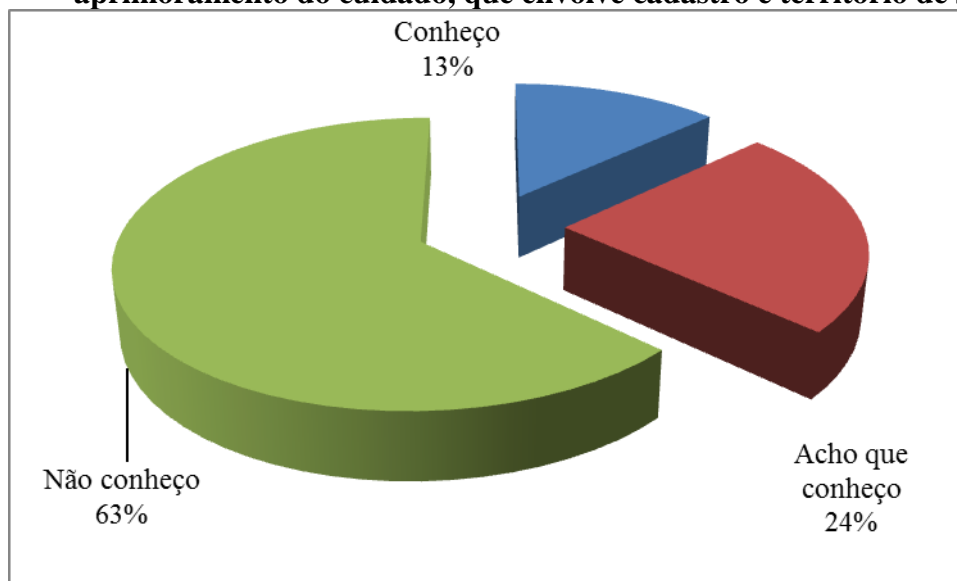
“Consultas médicas e odontológicas, todas as ações na recepção de uma UBS. Acompanhamento das Instituições de longa permanência “(Entrevistado 36)

⁴ Centro de Referência de Saúde Mental.

A questão dez (graf. 10) buscou saber se o servidor conhece alguma nova proposta, estudo ou lei, na Rede SUS, para aprimoramento do cuidado que envolve o cadastro e o território de saúde. Nesta questão, 13% responderam que conhecem, 24% responderam que acham que conhecem e 63% responderam não conhecer.

Observa-se com o resultado apresentado no gráfico 10 que há uma falta de conhecimento dos servidores sobre novas propostas, leis ou estudos na Rede SUS, acerca do aprimoramento do cuidado e que envolva o cadastro e o território de saúde. Desta forma, percebe-se que há a necessidade de capacitações e de informações atualizadas, de modo que essas possam contribuir para a divulgação das diretrizes, normas, estratégias que envolvam cadastro, gestão do cuidado no território. A partir disso, os processos de trabalho real da Atenção Básica podem seguir uma sistemática mais resolutiva.

Gráfico 10: Proporção de respondentes segundo conhecimento de lei ou estudo sobre aprimoramento do cuidado, que envolve cadastro e território de saúde



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados de pesquisa.

Nota: resposta válida para 35 respondentes.

Abaixo seguem algumas considerações dos respondentes que mencionaram ter conhecimento de lei ou estudo sobre aprimoramento do cuidado que envolve cadastro e território de saúde:

“Monitoramento e atualização dos endereços no GESTÃO (sistema de informação). Senhas para todos ampliando o acesso dos profissionais ao sistema de

informação. Por enquanto nem todos os lugares cadastram adequadamente com a exigência do Cartão Nacional do SUS atualizado para o atendimento. O que também dificulta o CADSUS são nomes errado na Receita Federal, dificultando a atualização do cadastro na unidade de Saúde.” (Entrevistado 32)

“A exigência atual também do CNS além do cadastro no SISREDE-BH.” (Entrevistado 10). A fala do Entrevistado 10 está apontando uma questão importante. Até pouco tempo atrás Belo Horizonte não cobrava a obrigatoriedade do Cartão Nacional do SUS (CNS) atualizado no evidente cadastro e no prontuário do usuário, mas hoje, nenhum procedimento é reconhecido se o usuário não possuir seu CNS com dados corretos, e este deve estar incluído dentro do cadastro do usuário no GESTÃO ou SISREDE (representam o mesmo sistema de informação de Belo Horizonte)

“Pelos repasses de informações passada pela coordenação, e-mail, gerência” (Entrevistado 7)

“[um estudo é visto a partir da] implantação e acompanhamento pela Secretaria Municipal de Saúde da gestão do cuidado no território” (Entrevistado 36)

“[um destaque na política é que o] usuário que chega com dor, ele pode ser atendido em qualquer posto.” (Entrevistado 15).

“[uma atualização na política seria o] curso para ACS para função de auxiliar de enfermagem.” (Entrevistado 24)

“[o] ESUS-AB [é uma] estratégia para reestruturar as informações do cadastro da Atenção Básica a nível Nacional.” (Entrevistado 18)

“Análise de condições epidemiológica da população, de acordo com a incidência ou risco de doenças em um determinado território [é um tipo de estudo do território de saúde]” (Entrevistado 25)

“[o] Siscan [é um] programa de mamografia/citologia do colo [que exige] [...] o cadastro correto” (Entrevistado 26)

“A unificação do indivíduo do Gestão com o CAD Web.” (Entrevistado 30)

“Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017 sobre a revisão de diretrizes para reorganizar a Atenção Básica.” (Entrevistado 36)

Deixou-se uma pergunta ao fim do questionário para que os respondentes colocassem qualquer percepção ou comentário além dos que já tinham mencionados anteriormente. Nesta questão obtiveram-se sete registros. Dentre eles, houve comentário sobre a percepção de melhoras do SUS ao longo destes anos, avaliado como sistema bem planejado

e com excelentes profissionais. Porém, alguns destacaram marcantes dificuldades no cotidiano do trabalho relacionado a: falta de pessoal, espaço físico inadequado, sobrecarga de jornada, acúmulo de funções, desafios apresentados também no sistema de informação existente, nas máquinas, equipamentos, rede de internet. Observa-se que estas questões impactam no processo de trabalho, na qualidade do serviço prestado e nos dados informatizados fundamentais para cadastros atualizados, acesso e qualidade do cuidado ofertado. Outro comentário feito é que nem todos os profissionais estão no mesmo nível de compreensão e acompanhamento dos processos, principalmente alguns que ainda atendem manualmente, com registros fora do sistema informatizado.

Na próxima seção descreve-se no dia de trabalho na UBS as principais dificuldades observadas.

5.3 Observação direta do trabalho na UBS

A Unidade de Saúde abre suas portas todos os dias, de segunda a sexta, contando com uma movimentação frenética de pessoas. Os usuários, pelo que foi possível observar, não estão preocupados com normas, fluxos, território adscrito, ou protocolos, mas estão sim, buscando ser atendidos, buscando um local onde possam ser ouvidos, sentir-se acolhido. É um local em que muitos vão quase todos os dias. São conhecidos dos profissionais que ali trabalham. E muitos desconhecidos vão surgindo.

A partir da percepção deste movimento frenético, de pessoas indo e vindo, de pessoas hiperutilizadoras do serviço, que estão todos os dias buscando algum tipo de atenção, de pessoas novas com novas demandas e necessidade de se cadastrar e utilizar serviços disponíveis e alguns não disponíveis como remédios não preconizados, atendimentos para serem encaminhados para consultas e cirurgias específicas, consultas médicas – sem critério de agendamentos que esteja de acordo com os protocolos –, atendimento de pessoas do interior – que precisam de tratamentos variados e resolvem vir morar em casa de parentes –, foi possível perceber como as demandas recriadas a cada dia afrontam as ofertas disponíveis, os fluxos as normas e os próprios trabalhadores.

Neste contexto pôde ser observado como a Unidade de Saúde vai se tornando um local de refúgio seguro e cotidiano onde as pessoas se sentem à vontade para estar,

principalmente pelas manhãs, para encontrar conhecidos, ser acolhido pelos profissionais, realizar reclamações em relação ao atendimento, desabafando e aliviando suas dores físicas ou emocionais, encontrando neste espaço um local de escuta, supostamente de conforto, em relação as mais variadas demandas e desafios de seu cotidiano. Buscam amortizar seus sofrimentos, tristezas e vulnerabilidades, reafirmando concretamente o complexo papel social que uma Unidade de Saúde representa.

Foi possível observar que são muitas as peculiaridades do trabalho que se apresentaram, que só podem ser percebidas neste complexo dia a dia, com uma observação muito cuidadosa e perspicaz, para captar como as características e interesses da população, a estrutura física da Unidade o perfil do trabalhador, e as características próprias da política de saúde, se interagem e vão moldando o dia a dia dos processos de trabalho e serviços oferecidos.

Assim sendo, como as Unidades Básicas de Saúde se constituem a porta de entrada para os serviços do SUS foi possível observar que também o cadastro funciona como uma porta de entrada para as famílias e indivíduos acessarem as políticas pública de saúde. A solicitação do cadastro é o primeiro contato operacional com o usuário que busca a Unidade de Saúde. Um exemplo interessante é que muitos são os usuários que buscam a Unidade de Saúde a procura de comprovante de que é cadastrado para apresentar em escolas, UMEIs, bancos, fazer cirurgias no SUS, cadastrar bolsa família, entre outros.

Neste sentido pôde ser observado que o cadastro na Unidade estabelece vínculos, que pode iniciar com a visita que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) faz ao domicílio em sua área de abrangência, ou com a visita do usuário a Unidade demandando este cadastro e algum tipo de atendimento ou serviço. Normalmente, a partir da apresentação de documentos e comprovante de endereço realiza-se o cadastro e a emissão do Cartão Nacional de Saúde, hoje obrigatório. Nenhum procedimento desta Unidade deve ser realizado sem este cartão. Neste contexto o cadastro e o cartão são feitos para o usuário, na recepção da Unidade na mesma hora, mesmo que ele declare morar em endereço fora da área de abrangência (no caso do paciente que vai a UBS). Este cadastro é feito uma única vez no sistema e pode ser alterado com mudança de endereço ou alteração do nome, caso a pessoa saia de uma família para formar outra. Aqui se observa que o protocolo da territorialidade, área adscrita começa a ser afrontado no trabalho real do dia a dia da Unidade de Saúde

Foi possível observar, que o usuário que se apresenta na recepção buscando serviços que são prestados na UBS, tais como os atendimentos: na sala de vacina, atendimento à pacientes em estados agudos, atendimento na farmácia, atendimento na sala de procedimentos de enfermagem, independentemente de o paciente morar ou não no território, sua demanda é atendida. Deste modo, então, o paciente é cadastrado, seu cartão SUS é feito e o paciente é encaminhado ao atendimento. Foi observado que, devido a essa forma de atuação, e da demanda estar sendo muito grande, muito se tem exigido da recepção e destes serviços (farmácia e vacinação, por exemplo). Ainda, em momentos de crise (como no período do verão com a febre amarela, dengue, etc.), a demanda se acentua ainda mais. Na tabela 1 consolida-se os dados de alguns anos de aplicação de vacina da febre amarela, por faixa etária. Pode ser observado neste quadro que existe predominância de população adulta, que vem aumentando ao longo dos anos.

Tabela 1: Exemplo de atendimento de vacina febre amarela por faixa etária -

ANO	2014	2015	2016	2017	2018 (janeiro e fevereiro)
0 -4 anos	241	433	445	414	86
5-9 anos	3	126	323	277	5
6-8 meses	0	0	0	37	0
10-14 anos	182	184	254	255	23
15-59 anos	334	186	166	4246	1686
60 anos ou mais	19	7	5	213	320
Total	779	936	1193	5442	2120

Fonte: Adaptação própria a partir de dados de uma Unidade Básica de Saúde da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE BELO HORIZONTE

No contexto aqui apresentado, algumas questões observadas na recepção da Unidade, apontam para a dificuldade de seguir os protocolos e alcançar metas adequadas de indicadores, pois, como observado neste estudo o cadastro é usado no cálculo dos indicadores de saúde. O sistema (*software*) de saúde, para verificar a execução de seus programas e ações utiliza e acompanha uma série de indicadores para a gestão do cuidado no território, esses indicadores se destinam a produzir evidências sobre a situação sanitária e suas tendências, como base empírica para identificar grupos com maiores necessidades de saúde, estratificar o risco epidemiológico e identificar áreas críticas.

Para exemplificar o papel do cadastro nos indicadores e no processo de trabalho destaca-se:

1. **Gestantes que deveriam estar cadastradas e em acompanhamento pela Equipe, mas se apresentam na recepção pela primeira vez:** Estas algumas vezes se encontram com sua captação atrasada e em desacordo com o protocolo, pois, deveriam estar sendo acompanhadas com consultas médicas mensais e cartão de vacina atualizado desde o princípio da gravidez. Ocorre que o indicador de saúde é “percentual de gestantes cadastradas que iniciam o pré-natal no primeiro quadrimestre, em determinado local e período”. Ele avalia a precocidade do acesso ao acompanhamento do pré-natal. A captação de gestantes para início oportuno do pré-natal é essencial para o diagnóstico precoce de alterações e intervenção adequada sobre condições que vulnerabilizam a saúde da gestante e da criança.

2. **Demora de cadastramento de recém-nascido no território, gerando necessidade de busca ativa:** todos os nascidos vivos das equipes de saúde devem ser acompanhados. Todos os indicadores de saúde da criança, para se realizar a vigilância em saúde e avaliar as ações e o cuidado, também dependem do número de crianças por faixa etária cadastradas, no mesmo local e período e do número de nascidos vivos no mesmo local e período.

3. **Acompanhamento dos serviços de saúde que devem ser prestados aos diabéticos e aos hipertensos captados (cadastrados).** Estes dois grupos de usuários com doenças crônicas, de acordo com o protocolo, deveriam ser atendidos periodicamente pela equipe da UBS. No entanto, verifica-se que há uma grande quantidade de pessoas com problemas de cadastros se apresentando na recepção, o que impacta no serviço que seria prestado a eles e nos indicadores de acompanhamento, pois, a proporção de pessoas com diabetes cadastradas, expressa o percentual de diabéticos cadastrados entre os diabéticos estimados para a população de 15 anos ou mais, residente em determinado local e período. O cadastramento dos diabéticos é o primeiro passo para a programação e organização dos processos de trabalho que são voltados ao controle dessa doença, na medida em que a equipe que não conhece os diabéticos da sua área de trabalho não tem condições de realizar o acompanhamento adequado desse grupo de risco (MINISTERIO DA SAÚDE, 2015).

Ainda neste contexto a proporção de pessoas com hipertensão cadastradas, é o indicador que expressa o percentual de hipertensos cadastrados entre os estimados para a população de 15 anos ou mais, residente em determinado local e período. O cadastramento dos hipertensos é o primeiro passo para a programação e organização dos processos de trabalho da

equipe voltados ao controle dessa doença, na medida em que a equipe que não conhece os hipertensos da sua área de adscrição não tem condições de acompanhamento adequado desse grupo de risco (MINISTERIO DA SAÚDE, 2015).

Questões como estas envolvem toda a equipe, planejamentos, oferta e mais estudo para compreensão melhor do processo e de como fazer para modificar esta realidade. Pode-se deduzir também, de forma mais abrangente, que situações como estas poderiam prejudicar o diagnóstico, as reflexões e os dados a serem utilizados para a construção de processos e protocolos e de políticas públicas intersetoriais.

Como exemplo de acompanhamento intersetorial temos as gestantes participantes do Bolsa Família que é uma das condicionalidades para que esta família continue a receber o benefício social. Não cadastrar e realizar o acompanhamento da gestante pode fazer com que a família deixe de receber o benefício.

Também foi possível observar que o usuário muitas vezes pressiona os profissionais para ser atendido em caráter de urgência, ferindo os protocolos de atendimento para satisfazer suas necessidades imediatas. Outra importante questão que desafia o trabalho prescrito, exigindo muito do trabalhador, como foi observado, é que existem demandas judiciais (processos de judicialização da saúde) que quebram os fluxos, e a equidade, pois elas exigem respostas imediatas com prazos estabelecidos a partir dos quais as demandas devem ser atendidas. Desta forma, a judicialização pode contrariar o trabalho prescrito e a equidade, um dos princípios fundamentais do SUS.

Pôde ser observado que no dia a dia, também, conforme relatado no questionário por alguns profissionais, algumas questões estruturais e operacionais podem contribuir para o não cumprimento dos processos conforme o preconizado, tais como: falta temporária de pessoal (com a ocorrência de férias que afetam oferta de agenda), falta de insumos, problemas com equipamentos e sistema de informação, entre outros.

A observação apontou também que é comum a necessidade de busca ativa para questões como: cuidado e vigilância de Dengue, Tuberculose, consultas especializadas, cartão de vacinas, acompanhamento de condicionalidades do bolsa família, e todas estas buscas podem ser facilitadas ou dificultadas pelo uso do cadastro. Nestes momentos, quando o agente conhece

o usuário, tudo se torna mais fácil, porque ele ajuda a localizar o usuário rapidamente e convidá-lo a comparecer a Unidade, mesmo que o cadastro não esteja correto ou quando o usuário mudou de endereço.

Foi possível observar a necessidade de envolver a equipe administrativa, buscar treinamentos e sensibilizações para os que atendem na recepção para atendimento ao público, o que seria oportuno para maior clareza e objetividade sobre princípios, protocolos, indicadores e metas da atenção básica. Poderia contribuir também para melhorar as estratégias de comunicação e escuta.

Destaca-se necessidade de reflexões sobre a percepção dos trabalhadores em relação ao trabalho prescrito e trabalho real, pois a maioria, de acordo com os questionários, acredita que sempre ou quase sempre trabalha de acordo com os protocolos. Mas as observações anteriormente apontadas caminham na direção de que muitas vezes há uma adaptação a situações concretas e cotidianas onde gradativamente o trabalho real e prescrito se misturam.

Importante atentar para o real motivo desta “mistura” na percepção dos servidores que pode estar apontando falta de reflexão mais elaborada, medo de retaliação por descumprimento de normas estabelecidas, desinteresse de esclarecer suas ações com isso criar possibilidade de gerar novas demandas e esforços, ou mesmo desconhecimento, se tornando mais fácil responder que o trabalho prescrito não é diferente do real. Esta observação aponta também, como já foi citado anteriormente, que a complexidade que a realidade apresenta, com problemas estruturais, falta de recursos humanos e materiais, distanciamento da realidade prática em relação a teoria, conduzem a necessidade de remanejamentos e adaptações.

É importante destacar que não foi objeto deste trabalho um estudo minucioso dos protocolos, o que pode estar indicando alguns desafios para observação e estudos mais precisos.

No próximo capítulo descreve-se as considerações finais deste trabalho.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo geral a identificação da relação existente entre trabalho real e trabalho prescrito em um Centro de Saúde de Belo Horizonte, de acordo com a proposta da gestão do cuidado no território, com destaque para o papel do cadastro – que se constitui em um macroprocesso básico da gestão do cuidado no território – buscando analisar a importância do cadastro do usuário, e sua contribuição para qualificar o cuidado que se propõe ofertar na Atenção Primária.

O estudo é consonante com diversos autores mencionados sobre o tema, no sentido de que reforça a ideia de que o trabalho “é a atividade coordenada, desenvolvida por homens e mulheres para enfrentar aquilo que, em uma tarefa utilitária, não pode ser obtido pela execução estrita da organização prescrita” (SILVA, 2013). É possível perceber com essa definição que a execução da prescrição, ou seja, da tarefa, acaba por não ser respeitada em sua integralidade, pois quando o indivíduo se esforça para alcançar os objetivos da tarefa ele desempenha um trabalho real. Por sua vez, o trabalho real consiste “em uma tarefa que não é realizada pela execução rigorosa do prescrito”. além disso, é considerado o conceito da dimensão humana do trabalho que “é aquilo que deve ser ajustado, rearranjado, imaginado, inventado, acrescentado pelos homens e pelas mulheres para levar em conta o real do trabalho” (SILVA, 2013).

Adiciona-se aos conceitos anteriores a percepção de que o saber tácito (saber que advém da experiência) pode ser considerado parte integrante e importante da qualificação profissional do trabalhador. Assim, pode-se pensar que o trabalhador, no seu cotidiano de trabalho, elabora um saber sobre o trabalho, que não está ligado apenas à sua sobrevivência na atividade de trabalho, mas que também contribui para a produção de um conhecimento técnico. (CARDOSO, 2014). No entanto, não se pode deixar de destacar, conforme apontou Aranha (1997, p.19). “[...] as qualificações que realmente são postas em exercício no processo de trabalho são fruto do ajuste entre as qualificações dos trabalhadores e as qualificações prescritas para os postos de trabalho”.

Desta forma buscou-se apontar a importância do uso da abordagem ergológica, desenvolvida pelo filósofo francês Yves Schwartz, e por outros pesquisadores da área de estudos organizacionais como Pierre Trinket. Podemos citar, de modo conciso, os propósitos

de uso dessa abordagem nos estudos organizacionais sobre trabalho da seguinte forma: deslocar o foco do trabalho prescrito (planejado, organizado, dirigido, controlado) para o trabalho real e considerar toda a complexidade que aí reside, relativa: à sua dimensão de uso; aos valores e às normas antecedentes, com base nos quais são tomadas as decisões pelos trabalhadores; aos saberes constituídos no enfrentamento das situações reais; ao trabalho como ambiente de vida, em que a reconfiguração de normas se relaciona à saúde; ao trabalho como ambiente de aprendizagem, em que saberes práticos se constituem e são em grande medida responsáveis por suprir as lacunas deixadas pelos saberes técnicos; ao trabalho como possibilidade de confronto entre saberes práticos e técnicos, numa dialética fecunda; à reformulação dos conceitos e saberes científicos acumulados; e, em especial, à potencialidade que reside nas singularidades do ato real de trabalho e que escapa às ferramentas e aos modelos enquanto generalizações e prescrições.

Importante destacar ainda que, segundo Trinquet (2010, p. 110) é necessário reafirmar que convém, portanto, a cada gestor, a cada organizador do trabalho, levar em conta os imperativos de toda atividade humana e a contradição entre normas necessárias e renormalizações considerando as situações sempre singulares. Para isso, é preciso adaptar-se a cada situação e, nesse sentido, como bem coloca Trinquet (p. 110), “[...] a gestão coloca-se mais como uma arte do que como uma técnica.

Somado a estas percepções destaca-se que, estudar os sistemas de saúde é importante porque cria possibilidades de adquirir conhecimentos para analisar os desafios das estruturas e serviços, ou como estes estão sendo bem-sucedidos nos objetivos de promover a saúde, de garantir melhoria de saúde da população, de cuidar das pessoas e aliviar sofrimentos. Deve ser considerado que os sistemas de saúde são sistemas complexos inseridos nas relações sociais de uma dada sociedade (GIOVANELLA et al, 2012).

Ainda a partir do referencial teórico observa-se a importância de estudar um sistema de saúde, conhecer as características dos seus componentes, que são as suas organizações, seus profissionais, seus processos de trabalho, sua rede de serviços, seus insumos, sua tecnologia e conhecimentos, sua cobertura e sua dinâmica, ou seja, estudar como estes componentes se relacionam entre si.

Neste contexto lembramos que, segundo Vasconcelos (2009), o Sistema Único de Saúde (SUS), por todo seu histórico deve ser compreendido como um processo de produção e de construção social da saúde, que por bastante tempo estará passível de aprimoramentos e adequações. De acordo com a referida autora, o SUS é um projeto de longo prazo, cujas raízes podem ser encontradas ao longo da história do nosso país.

De maneira mais específica como já foi anteriormente mencionado, a estratégia da gestão do cuidado no território da SMSA (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE BELO HORIZONTE, 2016), onde a Atenção Primária a Saúde (APS) além de responder a demanda espontânea e atuar como porta de entrada preferencial da rede SUS-BH, é cenário de outras diversas atividades, e diferentes serviços oferecidos à população. Com isso, esse nível de atenção torna-se cada vez mais complexo e desafiador e demanda um movimento contínuo de qualificação e gestão para superar as dificuldades, como falta de conhecimento dos métodos e protocolos, a falta de disponibilidade de tempo para acessar informações essenciais sobre o território e processo de trabalho local e a dificuldade de realizar diagnóstico, planejamento e acompanhamento das ações realizadas e das consequências dessas ações na realidade local.

Nesta linha de análise destaca-se o desafio que é o aumento do número de usuários que buscam os serviços da APS de diversos territórios apontando a extrema importância do papel do cadastro (macroprocesso básico) no trabalho real de uma Unidade de Saúde, já que se busca melhorias contínuas dos processos e toda a cadeia de fluxos, e procedimentos desenvolvidos na unidade ou no território estão relacionados com este macroprocesso básico.

A partir disso, é importante compreender o significado do território para a APS, e seu desafio para o trabalho prescrito, devido sua importância no cenário atual da reorganização da atenção, da rede de serviços, das práticas sanitárias locais, e do desafio da gestão da oferta versus gestão de base populacional. Os processos de trabalho e os cadastros dos usuários obedecem à lógica da territorialização em seu planejamento e desenvolvimento de sistemas de informação.

Neste sentido a saúde pública trabalha com a territorialização há alguns anos, como ferramenta para localização de eventos de saúde-doença, de unidades de saúde e

demarcação de áreas de atuação. No entanto pensar a territorialização de forma restrita já é vista com algumas considerações, a partir de evidências de que a territorialização deve ser vista de forma ampla, como um processo de habitar e vivenciar um território; uma técnica e um método de obtenção e análise de informações sobre as condições de vida e saúde de populações; um instrumento para se entender os contextos de uso do território em todos os níveis das atividades humanas (econômicos, sociais, culturais, políticos etc.), um caminho metodológico de aproximação e análise sucessivas da realidade para a produção social da saúde (SOUZA, 2004), não podendo ser utilizado como forma de engessamento, o que poderá dificultar o acesso de usuários e o saber construído a partir de territórios vivos. intercomunicados (RIPSA, 2008).

Além disso, o cadastro é usado no cálculo dos indicadores de saúde. O sistema de saúde, para verificar a execução de seus programas e ações utiliza e acompanha uma série de indicadores para a gestão do cuidado no território. Esses indicadores se destinam a produzir evidências sobre a situação sanitária e suas tendências, como base empírica para identificar grupos com maiores necessidades de saúde, estratificar o risco epidemiológico e identificar áreas críticas. Constitui, assim, insumo para o estabelecimento de políticas e prioridades melhor ajustadas às necessidades da população. Além disso, a disponibilidade de indicadores tende a facilitar o monitoramento de objetivos e metas em saúde, estimular o fortalecimento da capacidade analítica das equipes e promover o desenvolvimento de sistemas de informação intercomunicados (RIPSA, 2008).

A partir da análise dos questionários verificou-se que a percepção da maioria dos respondentes é de que, em geral, desempenham o trabalho do modo que este está escrito nos protocolos, legislação e normativos. Este resultado aponta a necessidade de reflexões sobre a possibilidade de existir uma dificuldade na diferenciação do que é o trabalho prescrito e o que é o trabalho real, podendo estar sugerindo com isso, que o trabalho real e o saber tácito vão cotidianamente se tornado prescrito, como fruto do ajuste entre as qualificações dos trabalhadores e as prescrições para os postos de trabalho.

Ficou claro que a influência do cadastro em todos os processos é muito importante, inclusive, na qualidade do cuidado que a atenção básica se propõe a ofertar, assim como no acesso ao serviço de saúde.

A interferência do cadastro nos indicadores, merecem uma análise mais profunda a partir de evidências para possíveis novas intervenções sugerindo neste momento a necessidade de futuras investigações.

A pesquisa permitiu visualizar também a necessidade de maior compreensão dos protocolos, e do papel da territorialidade hoje no trabalho prescrito para APS, evidenciando a necessidade de aprofundar o estudo sobre eles.

Finalmente, observa-se que para explicar mais profundamente a percepção dos funcionários sobre o trabalho prescrito e o real são necessários futuros trabalhos que analisem estas perspectivas a partir de um viés mais qualitativo de coleta de percepções.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, R.; ALVES, G.A.S **Mutações no Mundo do Trabalho na Era da Mundialização do Capital**. Educ. Soc., Campinas, vol. 25, n. 87, p. 335-351, mai./ago. 2004.
- ANTUNES, R. O caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho. São Paulo. Boitempo, 2005
- ARANHA, Antônia Vitória Soares. O conhecimento tácito e a qualificação do trabalhador. **Revista do Nete**, n.2, ago./dez. 1997.
- BRASIL. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**. Texto consolidado até a Emenda Constitucional nº 64 de 04 de fevereiro de 2010. Brasília, DF 2013. Disponível em: http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_04.02.2010/CON1988.pDF/>. Acesso em: 10 mar. 2018.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei 8142 de 28-12-1990**. Dispõe sobre participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre a transparência intergovernamental de recursos financeiros na área da saúde e de outras providências. Brasília, 1990. Site do Sistema e-SUS Atenção Básica.: <http://dab.saude.gov.br/esus/>>. Acesso em: 10 mar. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 940/GM/MS, de 28 de abril de 2011
- BRASIL, Ministério da Saúde / SAS / Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2014. Site do Sistema e-SUS Atenção Básica.: <http://dab.saude.gov.br/esus/>>. Acesso em: 10 mar. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Qualificação dos Indicadores do Manual Instrutivo para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF [recurso eletrônico]**, Brasília: Ministério da Saúde, 2015
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Operação do CADSUS WEB**. Versão 5.0. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Site do Sistema e-SUS Atenção Básica.: <http://dab.saude.gov.br/esus/>>. Acesso em: 12 mar. 2018.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nacional de Atenção Básica, nº 2.436/GM/MS**, de setembro de 2017.
- CARDOSO, V.S. **As estratégias adotadas pelos analistas de políticas públicas na realização do trabalho de atendimento às famílias no serviço de orientação sócio familiar / SOSF**. Monografia (Especialização em Administração Pública) Escola de Governo Professor Paulo neves de Carvalho, Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2004

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(4), 975-986, 2005a.

CNS-MS (Conselho Nacional de Saúde Ministério da Saúde). **Resolução 466 /2012**, 12 de dezembro de 2012

CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2003

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**. 5ª edição ampliada, São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

FARIA, Rivaldo Mauro. A territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. Junho 2013. AOS PERFIS DO TERRITÓRIO HYGEIAISSN: 1980-1726.

FLEURY, S. M. & OUVENEY, A. M. **Gestão em redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007, 204p.

FNQ. **Críticos de excelência**. Fundação nacional da qualidade. 2009

FONSECA, V.L.M. **O enfrentamento das consequências da violência na saúde e o papel da intersetorialidade**. Monografia (Especialização em Seguridade Social) Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2010

GIOVANELLA, Lúgia (org.). **Política e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2.ed.rev. e amp. /organizado por Lúgia Giovanella, Sarah Escorrel, Lenaura de Vasconcelos Costa Loubato et al. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 1994. **Censo Demográfico, Brasil**, Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

LIMA, H. O. **O gerenciamento de processos**. Belo Horizonte, 2012

MATTOS, Carlos A. de. Estado, processos decisórios e planejamento na América Latina. Seminário "Estado e Planejamento: Sonhos e Realidade". Brasília: Cendec, 1988

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde**. Mimeo, 2002

MENDES, E. V. **Os sistemas de Atenção à Saúde**. Escola de Saúde do Estado de Minas Gerais. ESP-MG, 2009.

MENDES, A. M. **Trabalho & saúde – O sujeito entre emancipação e servidão**. Curitiba: Juruá, 2011.

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

MENDES, E.V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde– CONASS, 2015. 193 p.

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

MINAYO, Maria Cecília de Souza **Construção de Indicadores Qualitativos para Avaliação de Mudanças**. **REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA** 33 (1 Supl. 1): 83-91; 2009

MINOZZO, F. FRANÇA, P.S. **A detecção e o atendimento a pessoas usuárias de drogas na rede da Atenção Primária à Saúde**. Brasília 2009.

NJAINÉ, K. *et al.* **Impactos da Violência na Saúde**. 2º ed. Rio de Janeiro Fundação Oswaldo Cruz, 2009

PEREIRA, Isabel Brasil, LIMA Júlio César França (org.) **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2 ed.rev. e amp. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ, 2009.

RIPISA, Rede Interagencial de Informação para a Saúde **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

ROCHAEL, Kátia Rodrigues. **A implicação dos formadores com a formação sócio profissional dos usuários da Assistência Social**. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Educação, UFMG, Belo Horizonte, 2003.

SANTOS, Glauber Eduardo de Oliveira. **Cálculo amostral: calculadora on-line disponível em: <http://www.publicacoesdeturismo.com.br/calculo_amostral/>**. Acesso em: 12 mar. 2018.

SANTOS, Eloísa Helena. **Ciência e cultura: uma outra relação entre saber e trabalho, Cadernos de Serviço Social**, Belo Horizonte, v.1, n.1, jul.1993.

SANTOS, L. C. *et al.* **Diagnóstico Situacional da Unidade Básica de Saúde Barreiro de Cima**. Belo Horizonte, 2010.

SCHWARTZ, Y.; DI RUZZA, R.; LE BRIS, R. **Trabalho, emprego e cidadania**. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L.(Org.). **Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. 2. ed. Niterói: Ed UFF, 2010.

SILVA, J.R.P. **Saúde e Risco de Adoecimento no Trabalho: Uma pesquisa com professores de uma escola particular do ensino infantil ao ensino médio**. TCC Universidade Católica de Brasília, – DF, 2013

SMSA, Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte, **Estratégia Gestão do Cuidado no Território, Sumário Executivo** on-line disponível em: <<http://www.prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de.../saude/....pdf>> SMSA, Belo Horizonte, 2016. Acesso em: 08 mar. 2018.

SOUZA, M. A. **Uso do Território e Saúde. Refletindo sobre “municípios saudáveis”**. In: Ana Maria Girotti Sperandio. (Org.). O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis. 1ª ed. Campinas: IPES Editorial, v. 2, p. 57-77, 2004.

SOUZA, R. M. B. Saúde Mental e trabalho: impactos no cotidiano. Londrina: Ed. UEL, 2002.

STARFIELD, B. Atenção primária :equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviço tecnologia. Brasília: UNESCO, MS,2002.

TAVARES, M. C. & FIORE, J. L.(Des)a **juste global e modernização conservadora**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

TEIXEIRA C. F.; PAIM J. S.; VILLASBÔAS A. L. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde**. Inf. Epidemiol *SUS*, 7:7-28, 1998.

TRINQUET, P. Trabalho e Educação: o método ergológico. **Revista HISTEDBR**, Campinas, v. 10, n. número especial, p. 93-113, ago. 2010.

VASCONCELOS, A.M. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 6º ed. São Paulo: Cortez, p. 41-94, 2009.

APÊNDICE A

Folha de Introdução

Prezado Colega,

Sou Vera Fonseca e este trabalho acadêmico, da Fundação João Pinheiro, poderá ser útil para nós funcionários identificarmos possíveis problemas e definir estratégias de melhoria, além de contribuir avanços no planejamento e elaboração de planos de ação condizente com nossa realidade.

Sua participação na pesquisa é voluntária, porém, quantos mais funcionários participarem, mais real será o cenário traçado. Você não precisa colocar qualquer tipo de identificação. Não tenha nenhuma dúvida sobre nosso compromisso com a ética e o sigilo.

Junto ao questionário encontra-se uma folha avulsa para suas observações. Se você ficar em dúvida na escolha da melhor alternativa de algum item, devido à necessidade de dar maiores explicações a respeito de sua opinião, você poderá fazer uso da folha avulsa para fazer suas observações. O mais importante é que você e os demais funcionários se manifestem de forma sincera e sem qualquer interferência ou influência de quem quer que seja, isto para que os dados fornecidos retratem da forma mais fiel possível a realidade e se possa traçar bons planos de ação para corrigir as possíveis distorções, e criar novas possibilidades a partir das evidências.

Suas sugestões e opiniões são muito valiosas.

Atenciosamente.

Vera Fonseca

Questionário:

Função:

- (...) 1 Agente Administrativo
- () 2. Agente Combate Endemias
- (...) 3 Agente Comunitário de Saúde
- (...) 4 Assistente Social
- (...) 5 Auxiliar de Enfermagem
- (...) 6 Auxiliar de Saúde Bucal
- (...) 7 Cirurgião Dentista
- (...) 8 Educador Físico
- (...) 9 Enfermeiro
- (...) 10 Farmacêutico
- (...) 11 Fisioterapeuta
- (...) 12Fonoaudiologo
- (...) 13 Medico
- (...) 14 Nutricionista
- (...) 15 Psicólogo
- (...) 16 Terapeuta Ocupacional

Tempo no serviço:

- () 1. Menos de 1 ano
- () 2. 1 ano até menos de 10 anos
- () 3. Mais de 10 anos

1. Na sua percepção, com qual frequência o trabalho que executa é diferente do que é preconizado pela instituição (Ministério da Saúde)?

1. Sempre 2. Quase sempre 3. Raramente 4. Nunca

Qual o motivo desta sua avaliação?

A Gestão Clínica⁵ é um conjunto de tecnologias destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade, centrada nas pessoas, efetiva e estruturada em bases de evidências científicas. Dentre estas tecnologias podemos citar o registro clínico, a auditoria clínica, o atendimento compartilhado, o gerenciamento de caso, o gerenciamento de risco, o apoio matricial, a educação em saúde e a educação permanente.

2. Você utiliza alguma destas ferramentas/tecnologias na sua prática?

1. Sempre 2. Quase sempre 3. Raramente 4. Nunca

2.1 Explique o porquê dessa frequência de uso.

3 Você trabalha com protocolos, Procedimento Operacional Padrão (POP), linhas guia?

1. Sim 2. Não,

3.1 Se NÃO, por quê? _____

3.2 Se sim marque abaixo os que você utiliza

- () 1. Demanda espontânea
- () 2. Doenças crônicas
- () 3. Atendimento ao agudo
- () 4. Promoção e prevenção
- () 5. Atenção domiciliar
- () 6. Saúde Mulher
- () 7. Saúde Mental
- () 8. Gestantes, crianças, idosos
- () 10. Critérios de organização (POP) de sala de vacina
- () 11. Critérios de organização (POP) de sala de curativo

⁵ 1 Termo adotado pelo sanitarista brasileiro Eugênio Vilaça Mendes em 2001

- () 12. Critérios de organização (POP) de sala de procedimentos
- () 13. Critérios de organização (POP) de marcação de consultas e encaminhamentos
- () 14 Critérios de organização (POP) de sala de coleta de exames
- () 15. Outros _____
-
-

4 Você conhece a população do território em que você atua?

- .1. Sim .2. Não

4.1 Se **SIM** qual ferramenta você utiliza para conhecer esta população?

4.2 Se **NÃO**, por quê?

5 A Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) adota como instrumento de identificação e dimensionamento da população sob sua responsabilidade sanitária o Cadastro do Usuário.

Você poderia dizer se o cadastro influencia na sua prática?

- . 1. Sempre . 2. Quase sempre . 3. Raramente . 4. Nunca

5.1 Por que você avalia assim? _____

6 Com objetivo de analisar a possível relação entre o cadastro do usuário no SISREDE – BH (Gestão) e o Cadastro Nacional do Usuário (CNS – CadWebSUS) foram construídas as afirmações abaixo. **Afirme se você Concorda (C) ou Discorda (D) das alternativas.**

- () 6.1. De acordo com o Ministério da Saúde o Cadastro Nacional do Saúde (CNS), ou simplesmente CadSUS, é um sistema de informação de base nacional que permite a identificação dos usuários das ações e serviços de saúde através de um número, único para cada cidadão, válido em todo o território nacional.

() 6.2 Coordenado pelo Ministério da Saúde, esse sistema permite a vinculação do usuário à atenção realizada pelas ações e serviços de saúde, ao profissional e ao estabelecimento de saúde responsável pela sua realização.

() 6.3 CadSUS, CNS, é também o instrumento de informatização necessário para a organização da rede de atenção à saúde e de gestão do SUS, através do acesso a uma base nacional de dados de saúde do cidadão.

() 6.4 O cadastro da Atenção Básica (AB) é uma extensão do CadSUS no que se refere aos dados que apoiam as equipes de AB para mapear as características de saúde, sociais e econômicas da população adscrita ao território sob sua responsabilidade.

() 6.5 Os dados de um e de outro tem que ser idênticos.

() 6.6 O cadastro incorreto não interfere no cuidado ofertado ao usuário

() 6.7 Os indicadores e serviços de saúde não estão diretamente relacionados aos cadastros e CNS.

7. Na sua percepção, quais os indicadores da Atenção Primária adotados pela SMSA podem ser influenciados pelo cadastro do usuário? (CITE PELO MENOS QUATRO INDICADORES).

7.1 E como é essa influência?

8. Você planeja suas ações de acordo com os indicadores da Atenção Primária?

1. Sempre 2. Quase sempre 3. Raramente 4. Nunca

8.1 Explique o porquê dessa frequência de uso.

9 Quais os fluxos de funcionamento de serviços da atenção primária que você conhece e que estão relacionados com o cadastro?

- 1. Farmácia
- 2. Sala de Observação/Procedimentos
- 3. Curativos
- 4. Vacina
- 5. Coleta de Sangue e exames citopatológicos
- 6. Consultas especializadas
- 7. Academia da Cidade
- 8. Grupos de promoção de saúde
- 9. Equipes de Apoio
- 10. Eletrocardiograma e RX
- 11. Encaminhamentos diversos na Rede
- 12. Outros _____

10 Conhece alguma nova proposta, estudo ou lei, na Rede SUS para aprimoramento do cuidado que envolve o cadastro e o território de saúde?

- () 1. Sim
- () 2. Acho que conheço
- () 3. Não

10.1 Comente a sua resposta:

11. Outros comentários e percepções:

APENDICE B: QUADRO A1: Principais indicadores da Atenção Básica, referências, parâmetros e alertas, 2018.

QUADRO A1: Principais indicadores da Atenção Básica, referências, parâmetros e alertas, 2018
(continua)

Indicador	Referência	Parâmetro	Alerta
Materno infantil			
Número de mortes maternas	Plano Municipal de Saúde Belo Horizonte 2017	0	≥ 1
Número de Óbitos < 1 ano	Plano Municipal de Saúde Belo Horizonte 2017	0	≥ 1
Proporção de gestantes captadas até o final do 1º quadrimestre	Plano Municipal de Saúde Belo Horizonte 2017	≥ 78%	< 78%
Proporção de gestantes acompanhadas no pré-natal	Plano Municipal de Saúde Belo Horizonte 2017	≥ 75%	< 75%
Média de acompanhamento de puericultura em menores de 2 anos	Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte 2017	≥ 5,4%	< 5,4%
% crianças atendidas aleitamento materno exclusivo	Parâmetro do Ministério da Saúde para o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), 2016	≥ 75,0%	< 75,0%
% recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida	Plano Municipal de Saúde Belo Horizonte 2017	≥ 75%	< 75%
Condições Crônicas			
Percentual de egressos de internações por Diabetes Mellitus, acompanhados na APS	Plano Municipal de Saúde Belo Horizonte 2017	≥ 60%	< 60%
Percentual de casos novos de Deficiência Renal Crônica que iniciaram a hemodiálise na internação acompanhados no Centro de Saúde	Plano Municipal de Saúde Belo Horizonte 2017	≥ 60%	< 60%
Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada (HAS-Hipertensão arterial sistêmica; DM - diabetes mellitus; OBESIDADE e DEPRESSÃO)	Foi utilizada a média municipal; Plano Municipal de Saúde Belo Horizonte 2017	≥ 0,15%	< 0,15%
Razão de coleta de material citopatológico colo útero	Pactuarão interna Gerencia de Atenção a Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2017.	≥ 0,15%	< 0,15%
Infecto contagiosa			
Número de casos novos com abandono do tratamento de tuberculose na Área de Abrangência do Centro de Saúde	Pactuação interna da Gerencia de Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2017.	0	≥ 1
% de casos de VDR (Venereal Disease Research LaboratoryL). positivos tratados VDRL é um exame de sangue para diagnosticar sífilis. O resultado não reativo indica que o paciente nunca teve contato com a bactéria Treponema pallidum. Já o resultado positivo pode indicar que o paciente tem sífilis e o médico solicitará outros exames para confirmar o diagnóstico.	Pactuação interna da Gerencia de Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2017.	0	≥ 1

QUADRO A1: Principais indicadores da Atenção Básica, referências, parâmetros e alertas, 2018

(continua)

Indicador	Referência	Parâmetro	Alerta
Saúde Bucal			
Percentual de usuários classificados com o Código 3 ou seja apresenta mais de 8 dentes permanentes ou temporários com cavidades necessitando de restauração e/ou extração em relação ao total de 1ª consulta	Média de BH fornecida pela Gerencia de Atenção a Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2017.	≥ 13,5%	< 13,5%
Percentual de usuários com cobertura de primeira consulta odontológica programática	Revisão do cálculo do parâmetro, baseado na meta de mínimo de 600 / ano / profissional, fornecido pela Gerencia de Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2017.	≥ 8,43%	< 8,43%
Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	Revisão do cálculo do parâmetro atualizado pelo monitoramento da coordenação; da Gerencia de Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2017.	≥ 83,5%	< 83,5%
Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal a população	Centro de Saúde ofertam todos os 25 itens. Meta calculada: 95% da oferta atual Gerencia de Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2017	100%	≤ 99,0%
Promoção			
% famílias inscritas no Bolsa Família acompanhadas pelo Centro de Saúde	Média de Belo Horizonte; Plano Municipal de Saúde Belo Horizonte 2017	≥ 89,46%	< 89,46%
Média de participações em atividades físicas por habitante da área de abrangência do CS	Média de Belo Horizonte. Plano Municipal de Saúde Belo Horizonte 2017	≥ 6097	< 6097
Prevenção			
% de diabéticos fumantes	Média municipal = 6,8% Intervalo de confiança = 6,5% a 7,1% Abaixo de 6% = qualificar o registro Acima de 8% = ampliar ações de abordagem. Gerencia de Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2017	entre 6% e 8%	< 6% ou > 8%
Demanda Espontânea			
Percentual de atendimentos de demanda espontânea	Média do extrato no 2º ciclo PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), 2016= 17,95%	≤ 50%	> 50%
Evento Sentinela			
Número de mortes por causas externas em crianças (0 a 9 anos)	Pactuação interna da Gerencia de Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2017,	0	≥ 1
Número de mortes por causas externas em adolescentes (10 a 19 anos)		0	≥ 1
Número de mortes por causas externas em adultos jovens (20 a 29 anos)		0	≥ 1

QUADRO A1: Principais indicadores da Atenção Básica, referências, parâmetros e alertas, 2018

(conclui)

Indicador	Referência	Parâmetro	Alerta
PMAQ-AB			
Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante	Média de BH de acordo Gerencia de Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2017	Ver média 2015: \geq 2,15% (média)	Ver média 2015: $<$ 2,15% (média)
Percentual de atendimentos de consulta agendada para usuário	Média de BH de acordo Gerencia de Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2017	Ver média 2015: \geq 70,39% (média)	Ver média 2015: $<$ 70,39% (média)
% de usuários encaminhamentos para serviço especializado	Parâmetro do Ministério da Saúde para o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), 2016	$<$ 15%	\geq 15%
% de serviços ofertados ao usuário pela Equipe de Atenção Básica	Centro Saúde ofertam 25 dos 30 itens (83%). Gerencia de Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2017	\geq 78%	$<$ 78%

FONTE: Adaptação própria a partir de Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (2016).