

PESQUISA

O AGIR PROFISSIONAL DE EQUIPES DE SAÚDE E A ATENÇÃO A GESTANTES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Janice Castilhos Gomes¹

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi²

Cristine Maria Warmling³

RESUMO

Neste estudo propõe-se a analisar o agir em competência de equipes de saúde da família na produção do cuidado de gestantes atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS) de uma região de saúde no estado do Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo de caso do tipo único e integrado com múltiplas unidades de análise. Utilizou-se abordagem metodológica predominantemente qualitativa. Os dados foram produzidos por meio da realização de sete grupos focais, em sete equipes de saúde da família, com saúde bucal de seis municípios da região analisada. Todas as equipes do estudo passaram pela avaliação no primeiro ciclo do Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade (PMAQ) no ano de 2012. Foram ouvidos 22 trabalhadores da atenção básica — sete médicos, sete enfermeiras e oito cirurgiões-dentistas. O estudo valeu-se também dos dados secundários produzidos na avaliação do PMAQ. A base referencial teórica de produção e análise dos dados encontra-se fundamentada na ergologia, especialmente no agir em competência descrito por Schwartz (2010). A condução do grupo focal ocorreu com a ajuda de um instrumento de pesquisa baseado nos ingredientes do agir em competência na produção do cuidado das equipes de saúde entrevistadas. Os dados produzidos pelo estudo foram analisados com a ajuda do programa de análise qualitativa NVivo. Os resultados encontrados demonstram que a convivência das equipes de saúde da família com médicos especialistas de maneira não integrada conduzem à livre demanda, ao atendimento médico-centrado,

1 Psicóloga da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina da UFRGS

2 Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

3 Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

crismwarmling@gmail.com.br

à priorização de exames e procedimentos, afeta o uso dos protocolos e torna a estratégia de saúde da família coadjuvante no cuidado. Verificou-se a presença de concepções de saúde e doença com discurso prescritivo a respeito da individualidade e autonomia das mulheres. Quanto à realidade observou-se que a alta rotatividade, precariedade de vínculos empregatícios e sobrecarga de trabalho dificultam inovações e o trabalho em equipe. Foram relatadas dificuldades na manutenção das reuniões de equipes e insuficiência de mecanismos de planejamento e decisão no âmbito local. Conclui-se que contradições encontradas entre dados quantitativos provenientes da avaliação do PMAQ com resultados qualitativos produzidos pelos grupos focais, levam à constatação da importância de realização de estudos que produzam a complementaridade de perspectivas quantitativas e qualitativas.

Palavras-chave: Saúde da Família. Gestantes. Competência Profissional. Sistema Único de Saúde. Medicalização.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the competence to act of family health teams in the provision of care to pregnant women in the Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde, SUS) in a health region in the state of Rio Grande do Sul. This is a single case study with multiple units of analysis. Our methodological approach was predominantly qualitative. Data were obtained from a series of seven focus groups conducted with seven family oral health teams from six municipalities of the analyzed region. All teams were evaluated in the first cycle of the Program for Access and Quality Improvement (Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade, PMAQ) in 2012. A total of 22 primary health care professionals were included in the study: 7 physicians, 7 nurses, and 8 dentists. This study also made use of secondary data produced in the assessment of PMAQ. The theoretical background of data production and analysis was founded on ergology, especially on the competence to act described by Schwartz and Durrive (2010). The conduction of the focus group occurred using a research instrument based on the elements of competence to act in the provision of care by the interviewed health care teams. Data from the study were analyzed using the qualitative analysis software NVivo. The results of our study show that the interaction of family health teams with specialty physicians in a non-integrated manner leads to on-demand and physician-centered care, prioritization of tests and procedures, affects the use of protocols and makes family health strategy to play a secondary role in care. There was the presence of conceptions on health and disease that show a prescriptive discourse about women's individuality and autonomy. Working reality showed that high staff turnover, poor employment relationships, and work overload hamper innovations and teamwork. Participants reported difficulties in maintaining team meetings and lack of planning and decision-making mechanisms at the local level. We conclude that the contradictions found between quantitative data from the assessment of PMAQ and qualitative results obtained from focus groups reveal the importance of conducting studies with a complementary approach between quantitative and qualitative perspectives.

Keywords: Family Health. Pregnant Women. Professional Competence. Unified Health Service. Medicalization.

RESUMEN

El estudio buscó analizar el actuar en competencia de equipos de salud de la familia en la prestación del cuidado a embarazadas atendidas en el Sistema Único de Salud (SUS) brasileño de una región de salud en el estado de Rio Grande do Sul. Se trata de un estudio de caso único e integrado con múltiples unidades

de análisis. Se utilizó un abordaje metodológico predominantemente cualitativo. Los datos se obtuvieron por medio de la realización de siete grupos focales en siete equipos de salud bucal de la familia de seis municipios de la región analizada. Todos los equipos del estudio pasaron por la evaluación en el primer ciclo del Programa de Mejora de Acceso y Calidad (Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade, PMAQ) en 2012. Se incluyeron en el estudio 22 trabajadores de la atención básica — 7 médicos, 7 enfermeras y 8 cirujanos dentistas. El estudio se valió también de los datos secundarios producidos en la evaluación del PMAQ. La base referencial teórica de producción y análisis de los datos se encuentra fundamentada en la ergología, especialmente en el actuar en competencia descrito por Schwartz y Durrive (2010). La conducción del grupo focal ocurrió con la ayuda de un instrumento de investigación basado en los ingredientes del actuar en competencia en la prestación del cuidado de los equipos de salud entrevistados. Los datos producidos por el estudio se analizaron con la ayuda del programa de análisis cualitativo NVivo. Los resultados encontrados demuestran que la convivencia de los equipos de salud de la familia con médicos especialistas de manera no integrada conduce a la libre demanda, a la atención centrada en el médico, a la prioridad a pruebas y procedimientos, afecta el uso de los protocolos y vuelve la estrategia de salud de la familia en coadyuvante en el cuidado. Se verificó la presencia de concepciones de salud y enfermedad con discurso prescriptivo acerca de la individualidad y autonomía de las mujeres. En cuanto a la realidad de trabajo, se observó que la alta rotación, la precariedad de los vínculos laborales y la sobrecarga de trabajo dificultan innovaciones y el trabajo en equipo. Se relataron dificultades en la manutención de las reuniones de equipos e insuficiencia de mecanismos de planeamiento y decisión en el ámbito local. Se concluye que las contradicciones encontradas entre datos cuantitativos provenientes de la evaluación del PMAQ con resultados cualitativos producidos por los grupos focales revelan la importancia de la realización de estudios que produzcan la complementaridad entre las perspectivas cuantitativas y cualitativas.

Palabras clave: Salud de la Familia. Mujeres Embarazadas. Competencia Profesional. Sistema Único de Salud. Medicalización.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), promulgado pela Constituição de 1988, originou uma das políticas sociais mais importantes do país. O desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) que compõem o SUS constitui-se em estratégia prioritária para a sua consolidação, caracterizando-se pelo fortalecimento das relações entre os pontos de atenção que compõem o sistema de saúde. Acredita-se que os vínculos de solidariedade e cooperação entre os serviços possam qualificar o cuidado. Mas o centro de comunicação deve situar-se na atenção básica que deve realizar e coordenar o cuidado por ser o ponto mais próximo de onde vive a população (BRASIL, 2010).

Dentre as redes temáticas prioritárias na política nacional de saúde está a Rede Cegonha, estratégia destinada a qualificar a atenção materno-infantil. Deve ser desenvolvida por meio de ações conjuntas das Políticas de Saúde da Mulher e da Criança (BRASIL, 2011a). O acesso à atenção pré-natal aumentou, mas com ele também a medicalização da saúde da gestante, registrando-se alto número de cesáreas no Brasil. Verifica-se que a ampliação dos níveis de cobertura de pré-natal não está impactando a melhoria de qualidade da atenção (VICTORA et al., 2011).

No ranking da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil aparece em segunda colocação entre os países com mais cesarianas em relação ao total de nascimentos. Entre os anos de 2000 e 2010, do total de partos realizados, 43,8% foram por cesariana. O índice de cesáreas realizadas no país ultrapassa em muito os 15% considerados adequados pela OMS, com maior concentração na rede privada, que atualmente faz 80% dos partos por cesariana. Na rede pública, os partos por cirurgia são em torno de 40%, considerando-se o número total. O índice de nascimentos prematuros também é alto no Brasil (10%), quando o aceitável internacionalmente é de 3%. Reduzir esses números é um dos maiores desafios

para a organização das políticas públicas brasileiras (JORNAL O ESTADO DE SÃO PAULO, 2014). O panorama no estado do Rio Grande do Sul, cenário deste estudo, não é diferente do brasileiro. O percentual de cesáreas foi de 62% e de 52,3% na região onde foi realizado o estudo, no ano de 2012. No Estado, 71,1% das gestantes atendidas realizam sete ou mais consultas e na região da pesquisa esse percentual é um pouco inferior (67,1%) (RIO GRANDE DO SUL, 2012).

Para superar esses problemas indica-se realizar a atenção à saúde da mulher durante o pré-natal por meio de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias. A rede de cuidados deve promover o acesso aos serviços de forma integrada às ações de promoção e prevenção à saúde (BRASIL, 2006). Porém, para que os serviços de saúde na atenção básica coordenem o cuidado é preciso que resolvam problemas relativos ao processo de trabalho das equipes. No cotidiano, os profissionais enfrentam ainda grandes desafios para se comporem e se manejarem como equipes (BRASIL, 2011a).

Por indução do monitoramento e avaliação de processos e resultados têm sido realizados esforços para a melhoria da qualidade dos serviços de atenção básica à saúde. O principal objetivo é de corresponsabilizar todas as esferas da gestão da saúde, reforçando o caráter educativo, não punitivo e/ou burocrático das políticas (BRASIL, 2005). Nesse sentido, foi desenvolvido o Programa Nacional, Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade (PMAQ), o qual situa a avaliação como estratégia para a tomada de decisão. A avaliação e o monitoramento não podem estar centrados apenas nos instrumentos geradores de informação, ou seja, os dados/indicadores produzidos, mas devem ajudar as equipes a aumentarem sua capacidade de análises, de replanejamento dos processos de trabalho (BRASIL, 2011b) e do agir profissional.

Os trabalhadores, ao realizarem qualquer atividade de trabalho, colocam em ação saberes que lhes são exclusivos por não estarem prescritos em protocolos. São os saberes tácitos que lhes conferem competências para atuarem com as singularidades que as situações de trabalho exigem. Enfatizam-se as capacidades de enfrentamento de situações imprevistas ou eventos, com autonomia e responsabilidade (RAMOS, 2007). Há dificuldade para definir a noção de competência, pois os limites de uma situação de trabalho não são descritíveis, mas imprecisos. Em uma situação sempre está previsto o enfrentamento de um conjunto de singularidades. Para o “agir em competência”, certo número de ingredientes é exigido de cada trabalhador em atividade. Há necessidade de colocar em sinergia os ingredientes no ato de se trabalhar. Cada trabalhador os articula à sua maneira, considerando sua história de vivências e valores (SCHWARTZ, 2010).

O contexto descrito fundamenta o presente estudo, justificando o objetivo principal da pesquisa que é de investigar os processos de trabalho das equipes de saúde da família, visando compreender o agir em competência na produção do cuidado à saúde das gestantes. Também se pretende contribuir para a elaboração de futuras propostas de educação permanente em saúde, com base no agir em competência dos trabalhadores.

PERCURSO METODOLÓGICO

Compõe-se de um estudo de caso do tipo único e integrado com múltiplas unidades de análise (YIN, 2010). Os cenários da pesquisa foram seis municípios da Região Sete de Saúde do Rio Grande do Sul (RS) que aderiram à avaliação do PMAQ no 1º ciclo no ano de 2012 e que possuíam equipes de saúde da família com saúde bucal.

Definiram-se como participantes os profissionais da atenção básica de nível superior (médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros) que atuavam em estratégias de saúde da família avaliadas pelo PMAQ, considerando-se também a representatividade dos diferentes escores de avaliação do PMAQ encontrados (insatisfatório, mediano, acima da média, muito acima da média).

A saturação ou o reconhecimento de que os dados colhidos eram suficientes para a explicação do problema foi adotado como critério de avaliação para definição do tamanho da amostra (CANZIONERI, 2010).

Previamente ao início da pesquisa apresentou-se a proposta aos Gestores Municipais nas Comissões

Intergestores Regional (CIR), acordando-se com os Coordenadores das Equipes de Saúde dos municípios os objetivos da pesquisa e o referencial teórico/prático adotado.

Os dados foram produzidos mediante realização de sete grupos focais em seis municípios. Foram ouvidos um total de 22 trabalhadores (sete médicos, sete enfermeiras e oito cirurgiões-dentistas). Um coordenador e um ou dois relatores compuseram a equipe de pesquisa nos grupos focais. As informações foram filmadas, gravadas e transcritas. Os encontros duraram em torno de uma hora (POPE; MAYS, 2009). Para a orientação da condução do grupo focal foi produzido um roteiro (Quadro 1) com base na teoria do agir em competência de Schwartz (2010).

O estudo também se valeu de análises de dados secundários do Módulo II do instrumento de avaliação do PMAQ, o qual contém itens referentes aos processos de educação permanente, planejamento e protocolos resultados (Tabela 1).

Os dados produzidos pelo estudo foram analisados com o auxílio do programa de análise qualitativa NVivo. Foram usados os fundamentos epistemológicos da análise do discurso, que objetiva trabalhar o sentido e não apenas o conteúdo do texto; um sentido não traduzido, mas produzido, e que articula o linguístico com o social e o histórico (CAREGNATO, 2006).

PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A pesquisa foi avaliada pela Plataforma Brasil e obteve parecer favorável (Parecer nº 400.154 - 12/09/2013). O projeto de pesquisa obedeceu à Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Foi submetido à Comissão de Pesquisa da Faculdade de Medicina/UFRGS e ao Comitê de Ética em Pesquisa/UFRGS.

Os sujeitos que concordaram em participar fizeram-no mediante assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Uma via do termo de consentimento ficou com cada participante e a outra foi devolvida aos pesquisadores.

Foi garantido o anonimato a todas as pessoas que participaram do estudo, não sendo revelado nenhum dado que permitisse a sua identificação.

Quanto aos procedimentos éticos, a pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil e obteve parecer favorável CAAE nº 16931213.3.0000.5347.

INGREDIENTES	OBJETIVOS	QUESTÕES NORTEADORAS
Ingrediente 1: O relativo domínio de algo codificado PROTOCOLO	Objetivo 1: Compreender processos de trabalho e os protocolos do cuidado integral.	Falar sobre os protocolos mais usados e importantes para a ESF na produção do cuidado. Como acessaram os protocolos?
Ingrediente 2: O relativo domínio de algo não codificado SINGULARIDADE	Objetivo 2: Compreender singularidades da realidade do trabalho.	Falar sobre a realidade do cuidado na ESF.
Ingrediente 3: O domínio da decisão pertinente no momento certo RENORMALIZAÇÃO	Objetivo 3: Compreender situações renormalização	A ESF modifica protocolos durante a atuação? Por quê? Lembrar exemplos da realidade.
Ingrediente 4: A reconfiguração do meio em um debate de valores “O USO DE SI POR SI”	Objetivo 4: Compreender como ocorre o debate de valores de normas impostas e de valores pessoais na atividade de trabalho.	As dinâmicas do trabalho da ESF permitem a renegociação de valores e normas? Descreva e/ou dê exemplos de como e onde isso ocorreu.

INGREDIENTES	OBJETIVOS	QUESTÕES NORTEADORAS
Ingrediente 5: Em função do debate de valores desdobramentos do potencial VALORES	Objetivo 5: Compreender processos de educação Permanente.	Qual o valor/importância do trabalho para a sua vida? Como o trabalho se inclui na sua vida? A ESF participa de processos de EPS?
Ingrediente 6: A sinergia com o coletivo EQUIPE	Objetivo 6: Identificar a experiência do trabalho em equipe.	Descreva o trabalho em equipe para a produção do cuidado?

Quadro 1 - Roteiro para a condução do grupo focal dimensões do agir em competência (Schwartz, 2010) para a produção do cuidado materno-infantil.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CONVIVÊNCIA DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM MÉDICOS ESPECIALISTAS

Um primeiro ponto a ser destacado nos achados diz respeito aos significativos resultados evidenciando processos de trabalho das equipes de saúde da família com a participação dos médicos especialistas (ginecologia, pediatria e obstetrícia). A maioria das equipes entrevistadas (Esmeralda, Safira, Ágata e Rubi) relata atuar nas unidades básicas de saúde com a ajuda de especialistas.

Mas as equipes da atenção básica entrevistadas demarcam, em seus depoimentos, a ocorrência do acesso direto da população aos especialistas. Esmeralda diz ser muito difícil reverter esse modelo, pois as gestantes e puérperas estão habituadas à consulta direta com esses profissionais — “Aqui a gente tem uma pediatra. As mães e as crianças amam essa pediatra. Ela é muito dedicada, então assim, acho que reverter essa proposta ia ser um trabalho bem difícil (E3)”.

Os relatos das equipes sobre os processos de trabalho demonstram que a convivência com os médicos especialistas parece fortalecer um modelo de saúde que possui como pontos centrais a priorização do atendimento médico e a livre demanda. Não preponderam relatos sobre trabalho integrado e de forma compartilhada das equipes com os médicos especialistas. Ao se analisar as falas, percebe-se que as equipes de saúde da família e os profissionais especialistas se integram pouco no cuidado. Esse fato estimula que se desvirtue o foco da atenção centrada na família.

Por exemplo, na equipe Rubi, os cuidados básicos de responsabilidade da atenção primária, entre os quais coletas de exames citopatológicos, medição dos sinais vitais, testes rápidos de sífilis e HIV, etc., são feitos pelos médicos especialistas e/ou do pronto atendimento. A justificativa da equipe é de que as deficiências programáticas da atenção prestada pela equipe de saúde da família fortalecem o atendimento dos médicos especialistas. Ainda, quanto ao não uso de protocolos e atendimentos realizados pelos profissionais especialistas, os participantes comentam:

“O nosso [município] parece, pelo menos pelos especialistas, mas também pelo próprio ESF, consultório particular. Quem procura é o paciente, atende-se bem direitinho, conseguem [os usuários] fazer os exames. Porém não existe adscrição mesmo, de a gente saber quem é que está indo no posto, quem está faltando, isso ainda não tem (E15)”.

No entanto, encontrou-se certa ambivalência nos depoimentos ao se solicitar a opinião das equipes sobre o que acham do compartilhamento do processo de trabalho com os especialistas. Em alguns momentos, as equipes consideram positiva essa convivência, principalmente no que se refere às questões do enfrentamento da alta demanda populacional por atendimento, mas também pela segurança que o apoio técnico do especialista oferece. Porém, fica evidenciado nas falas das equipes que as diretrizes de trabalho da Estratégia Saúde da Família encontram-se distorcidas devido à

presença marcante dos especialistas. De ordenadoras do cuidado, as equipes da ESF passam a um papel coadjuvante do atendimento dos médicos especialistas, realizando o acompanhamento no território e as atividades preventivas das gestantes, puérperas e bebês.

A promoção de mudanças na organização do trabalho “médico-cêntrico” não ocorre apenas com a constituição de equipes multiprofissionais como núcleo da produção da assistência, mas trata-se de produzir mudanças dos sujeitos envolvidos com o trabalho. É preciso associar às novas configurações tecnológicas uma nova ética, com base em valores de “solidariedade, cidadania e humanização da assistência”, por exemplo (FRANCO; MERHY, 2006, p. 116). Mas, as mudanças nos modelos de atuar ocorrem por um processo a partir de discussões e mobilização, principalmente dos trabalhadores e usuários, os principais sujeitos de uma nova organização do processo de produção do cuidado. Mudar o modelo produtivo da saúde significa mudar “os modos de fazer” na assistência, com sentidos diferentes dos que existem no modelo “médico hegemônico” (FRANCO; MERHY, 2005, p. 9).

Safira refere que mesmo com a atuação do médico comunitário na equipe de Estratégia Saúde da Família as gestantes continuam consultando diretamente o especialista em ginecologia que atua junto à única Unidade de saúde do município. Constata-se, nos relatos das equipes, que esse tipo de situação vivenciada por Safira enfraquece a aplicação dos protocolos de planejamento preconizados pelo modelo da ESF, interferindo no vínculo precoce com as mulheres de responsabilidade da equipe de saúde. Safira defende que é difícil mudar as concepções da população sobre a ESF. Na avaliação da equipe, para isso é preciso mudar também características na gestão das próprias políticas públicas municipais. As equipes reforçam que é difícil transformar o modo de cuidar sem a base de apoio e defesa do modelo partindo da gestão.

“[...] vou resumir em poucas palavras o que eu ouvi, acho que no segundo ano que eu estava aqui, de um gestor, que a ESF não é prioridade, que a prioridade era o plantão e nós éramos um ‘plus’ a mais. Então, eu acho que isso para mim já diz tudo que a ideologia não é a prevenção [...] (E4)”.

Chama a atenção também nos relatos das equipes, descrevendo a coexistência de atuação da ESF e dos especialistas, a ênfase nas dificuldades da presença dos especialistas nas reuniões de equipe. Parece não haver compartilhamento por parte dos atores do cuidado, de certa forma, reforçando e legitimando processos de trabalho parcelares e fragmentados entre equipes e especialistas.

A mudança radical do modo de produzir saúde será um processo construído por sujeitos cujo imaginário se distancie daquele preconizado no modelo médico-centrado. O desafio é tornar os trabalhadores e usuários portadores de outro sentido nas suas vidas (FRANCO; MERHY, 2006).

O USO DOS PROTOCOLOS

Conforme já mencionado, a convivência entre as equipes de saúde da família e os médicos especialistas afeta o agir em competência das equipes, e pode-se afirmar isso, em especial no que se refere à necessidade do uso dos protocolos de trabalho na saúde. Para ampliar a compreensão sobre o agir em competência das equipes é necessário verificar o papel dos protocolos para as equipes analisadas, além da forma com que se apropriam desses protocolos.

Os protocolos seguem a forma tradicional de gestão, juntamente com a Programação em Saúde e a Medicina Baseada em Evidências. Os protocolos seriam ferramentas de gestão, confeccionadas através do consenso de grupos de especialistas (CUNHA, 2010). Para Schwartz (2010, p.207), o protocolo é o primeiro ingrediente do agir em competência, seria o “relativo domínio dos protocolos em uma situação de trabalho”.

Constata-se que o uso de protocolos foi relatado de forma muito diversificada nas equipes pesquisadas. De modo geral, os documentos oficiais com publicação de protocolos referidos pelas equipes foram: Manual de Pré-natal e Puerpério (BRASIL, 2006a), Caderno de Atenção Básica n.º 32 de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (BRASIL, 2012), Manual Técnico de Gestação de Alto Risco (BRASIL, 2012b), Caderno de Atenção Básica de Saúde da Criança n.º 33 (BRASIL, 2012c) e Caderno de Atenção Básica de Saúde Bucal n.º 17 (BRASIL, 2008). Apenas Esmeralda e Rubi referem não utilizar protocolos oficiais de atenção à gestante, beb  e puérpera.

Para realizar a análise dos protocolos foram relacionados os dados qualitativos encontrados neste estudo aos resultados quantitativos obtidos na avaliação do desempenho do primeiro ciclo do PMAQ, especialmente os obtidos no Módulo II do instrumento, com itens que se referem aos processos de educação permanente, planejamento e protocolos (Tabela 1).

Em relação ao PMAQ, a avaliação das equipes foi realizada a partir de cinco escores de desempenho: muito acima da média, acima da média, mediano, insatisfatório e excluído (BRASIL, 2012). As equipes analisadas neste estudo encontram-se assim avaliadas nesse ciclo do PMAQ: Rubi (insatisfatório),  gata (mediano), Esmeralda e Safira – (acima da média) e Diamante e Onix (muito acima da média).

Tabela 1 – Resultados avaliação do PMAQ/2012 das equipes analisadas, referente ao Módulo II do instrumento, com itens referentes aos processos de educação permanente, planejamento e protocolos.

	Ação de EPS	EPS baseada na realidade	Planejou-se no último ano	AI*	Reunião equipe	Protocolo pré-natal	Protocolo crianç�as <2 anos	Atenção gestantes Vulneráveis
Rubi	Não	---	Não	Sim	Mensal	Não	Não	Sim
Ágata	Sim	Sim	Sim	Sim	Semanal	Não	Não	Sim
Diamante / �nix	Sim	Não	Sim	Sim	Semanal	Sim	Sim	Sim
Esmeralda	Sim	Não	Sim	Sim	Semanal	Sim	Sim	Sim
Safira	Sim	Sim	Sim	Não	Semanal	Sim	Sim	Sim

Fonte: PMAQ/2012.

* AI – Apoio Institucional

Diamante e  nix, que referem não atuar com a presença de médicos especialistas nas unidades de saúde, apresentam relatos com uma forte ênfase no uso e reconhecimento dos protocolos do Ministério da Saúde, e relatam criar próprios protocolos adequados a sua realidade local. O cuidado integral realizado pelas equipes citadas foi obtido pela defesa da Estratégia de Saúde da Família enquanto ordenadora do modelo de atenção e responsável pelo cuidado das famílias do território. São as únicas equipes que obtiveram os resultados muito acima da média na avaliação do PMAQ (Tabela 1).

As equipes Safira e Esmeralda obtiveram o desempenho considerado acima da média na avaliação do PMAQ (Tabela 1), porém, essas equipes referem ênfase nas práticas de atendimento por médicos especialistas.

Contrariando o informado sobre uso de protocolos na avaliação do PMAQ (Tabela 1), a equipe Esmeralda afirma não os usar, detectando-se   certa incongruência de informações.

A equipe  gata, obteve desempenho na avaliação do PMAQ mediano ou pouco abaixo da média, porém, de modo contrário, no grupo focal, refere utilizar os protocolos do MS, e no PMAQ, não (Tabela 1). Isso pode estar relacionado à mudança do profissional médico da equipe entre o período de avaliação do PMAQ e aplicação do grupo focal. No momento, o atendimento médico está sendo realizado através de médico intercambista do Programa Mais Médicos.

Quanto à equipe Rubi, que na avaliação do PMAQ (Tabela 1) obteve desempenho insatisfatório, coincide com os resultados encontrados no PMAQ sobre uso dos protocolos, em relação aos relatados no presente estudo, descrevendo o não uso do protocolo. Já, o atendimento médico é realizado exclusivamente pelos profissionais médicos especialistas.

Compreende-se, de acordo com Campos (2007), que um projeto no campo da saúde coletiva não deva ser avaliado apenas pelo resultado final, mas também pelos efeitos produzidos durante sua concepção e execução, e que qualquer julgamento centrado apenas em resultados finais poderá ser estreito. Assumindo-se que a quantidade possa ou não mascarar aspectos importantes da realidade, deseja-se ampliar a concepção de indicadores (enquanto medidas) com informações relevantes sobre o desempenho do sistema de saúde. Ainda é necessário avançar na criação de indicadores de monitoramento e avaliação capazes de identificar as transformações no âmbito da produção de sujeitos (SANTOS FILHO; BARROS, 2009).

CONHECIMENTO DA REALIDADE

Assume um valor importante a questão de conhecer o ingrediente do agir profissional das equipes referente a quanto elas conhecem e se apropriam da realidade onde atuam.

Por se tratar de municípios de uma região de saúde, em que há muitas empresas calçadistas, curtumes e fábricas, grande parte das equipes refere que suas gestantes utilizam pequenos planos privados ou pagam consulta particular. As equipes também referem dificuldades das gestantes em participar dos grupos e consultas devido ao tempo de deslocamento e possível perda do dia de trabalho. Na maior parte das equipes pesquisadas, a amamentação exclusiva é dificultada porque muitas mães estariam por retornar ao trabalho no final da licença maternidade. Quase a totalidade das equipes cita a dificuldade de captação precoce das gestantes na realidade da região porque possuem muitas adolescentes grávidas que “escondem” a gravidez até onde podem devido ao trabalho nas fábricas ou devido à dificuldade de liberação pelas empresas para a realização das consultas e acompanhamento de pré-natal.

Essa realidade social exige competência das equipes para a negociação junto às empresas da região para a liberação das gestantes do trabalho. Porém, os relatos demonstram que a metade das equipes pesquisadas (Esmeralda, Safira e Ônix) está com número excessivo de população para a sua área de abrangência, o que dificulta o processo de trabalho e a produção do cuidado às gestantes, puérperas e bebês.

Outra questão que preocupa é o alto índice de cesáreas em todas as equipes e municípios pesquisados e o número elevado de gestações da adolescência, devido ao risco de prematuridade, baixo peso dos bebês e possibilidade de internação em UTI Neonatal e óbito neonatal (até 28 dias) (VICTORA et al, 2011).

Por sua vez, Safira e a Esmeralda salientam a convivência com processos de migração social na sua área de abrangência. Isto acaba, na opinião das equipes, complicando o acompanhamento das gestantes que chegam à área em estágio adiantado da gestação, aumentando o número de nascimentos previstos.

Sobre a composição das equipes, todas relatam algum tipo de ausência de profissional na composição da equipe mínima, em sua maioria agentes comunitários de saúde. No entanto, também citaram técnico de enfermagem, enfermeiro e auxiliar de saúde bucal. Além disso, a quase totalidade das equipes ressaltaram a questão da rotatividade e precariedade de vínculos. Os depoimentos de Diamante, a equipe que apresenta menor rotatividade e o trabalho em equipe mais fortalecido, mostraram o quanto esse é um aspecto que afeta o agir em competência de equipes de saúde: — “[...] mas nós estamos juntas desde o começo (E7). A gente que já está assim há um bom tempo juntos tem que ter uma integração muito grande (E8)”. Essa equipe possui vínculos estáveis e os profissionais atuam juntos há nove anos, verdadeiramente uma exceção nos casos apresentados. De modo similar, Ônix, do mesmo município, apresenta vínculos estáveis e bons resultados de trabalho.

Um dado a ser analisado diz respeito à forma com que as equipes compreendem os conceitos de saúde da população e como procuram explicar questões sociais e/ou antropológicas das comunidades que vivenciam, especialmente em relação à mulher. Na questão do aleitamento, por exemplo, a dificuldade de

aleitamento exclusivo foi justificada por grande parte das equipes analisadas pela “cultura do leite fraco” ou porque as mulheres não querem amamentar. A questão que se apresenta é até que ponto as equipes compreendem as concepções de saúde e doença cultura das usuárias gestantes?

A Rede Cegonha possui desafios de diferentes ordens. Um deles é a capacidade de constituir políticas que reconheçam as distintas concepções de saúde e doença, dentre as quais as de parto, que fazem parte da cultura e tradição nas diferentes realidades no País. Se por um lado apresenta-se como uma política que busca efetivar o direito de acesso universal à saúde por outro possui o desafio de humanizar a atenção a mulher no pré-natal e no parto (CARNEIRO, 2013).

Nas falas das equipes estudadas, Safira e Ágata, o acesso as seis ou mais consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde fica dificultado devido ao fato de as equipes só conseguirem acessar as gestantes em estágio mais avançado de gravidez.

Relativo à oferta de exames às gestantes, na maior parte das equipes (Diamante, Ônix, Safira e Esmeralda) pesquisadas, não houve relato de dificuldade pelos profissionais. Rubi e Ágata referem o pagamento de exames para as gestantes. Também se constatou a não oferta de Teste Rápido de Sífilis e HIV por Esmeralda, apesar de terem realizado a capacitação ofertada pela SES. Em Rubi, embora não efetivado na estratégia de saúde da família, o Teste Rápido para gravidez, sífilis e HIV é ofertado no Pronto Atendimento.

A capacidade de articular a realidade com o protocolar define o agir em competência das equipes. Se, por um lado, os protagonistas das atividades necessitam dos saberes disciplinares, por outro testam e avaliam esses conhecimentos e os colocam em confronto com os demais saberes e experiências gerados. Poder-se-ia considerar que esse é um processo sem fim (SCHWARTZ, 2011).

EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO DEBATE DE VALORES

Quanto à qualificação para a saúde coletiva, dos vinte e dois trabalhadores das equipes entrevistadas apenas treze possuem aperfeiçoamento na área. Destaca-se que nas duas equipes (Diamante e Ônix), em que todos os elementos apresentam formação na área da saúde coletiva, são equipes que também possuem os melhores escores de avaliação do PMAQ, assim como os processos de trabalho descritos nos grupos focais um agir em competência mais voltado ao planejamento a partir do modelo de saúde da família.

Partindo-se da compreensão de educação permanente enquanto aprendizagem significativa que promove e produz sentido e transformação das práticas profissionais, conclui-se que deve estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços. Portanto, um dos aspectos centrais da educação permanente é que seus métodos devem ser estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (CECCIM, 2004). Quanto a isso, não se encontrou relatos das equipes nos grupos focais realizados que apresentassem processos e práticas de educação permanente no sentido descrito. Porém, diferentemente do referido neste estudo pelas equipes, na avaliação do PMAQ as duas equipes (Safira e Ágata) afirmam que os processos de EPS que vivenciam contemplam as realidades (Tabela 1).

Pelos relatos dos grupos focais são raros, nos serviços/equipes analisados, espaços onde ocorram problematizações das realidades locais e processos de trabalho e singularidades. Pelo contrário, aparecem falas marcadas pela dificuldade de escuta da gestão, no que se refere à produção do cuidado, das mais variadas ordens, desde dificuldades técnicas, de fluxos e de comunicação entre serviços ou relativas ao processo de trabalho. Observa-se, aqui, que as equipes citam a separação entre a gestão, a educação permanente e os processos de trabalho. Porém, contraditoriamente, nos dados da avaliação do PMAQ das referidas equipes (Tabela 1), apenas duas equipes relatam a não existência de reuniões de planejamento ou apoio institucional. Esse confronto faz com que se questione as concepções das equipes sobre os processos de planejamento que vivenciam.

A desvalorização dos trabalhadores aparece nos depoimentos, desde o não reconhecimento do protagonismo, pró-atividade e criatividade na construção de protocolos singulares até o desmantelamento

das equipes com ou sem substituições de trabalhadores. Para Santos e Barros (2009), o fortalecimento da gestão passa pela sua inseparabilidade da atenção, pela instalação de dispositivos que permitam o diálogo e a comunicação de forma mais participativa, por exemplo processos de educação permanente.

Apesar de os modelos de atenção e gestão exigirem, cada vez mais, participação ativa dos trabalhadores, na prática observa-se pouco reconhecimento e governabilidade das equipes, seja devido à falta de autonomia, insuficiência de mecanismos participativos de avaliação, planejamento e decisão no âmbito local, em que os conflitos institucionais são pouco problematizados e direcionados ao espaço do coletivo (SANTOS e BARROS, 2009).

Outro ponto que aparece nos relatos das equipes, que se relaciona aos processos de EPS e gestão descritos, diz respeito às recentes priorizações de políticas de avaliação de indicadores e alcance de metas, por exemplo, o PMAQ. Ônix foi uma das equipes que citou, de forma muito clara, um processo de descontentamento devido à falta de qualquer tipo de retorno às equipes — “Nós participamos de dois [ciclos do PMAQ] e a gente não tem retorno (E10)”.

Para Gastão (2007), a principal forma de comprometer os trabalhadores é valorizando suas experiências e conhecimento da realidade e não os subjugando na condição de objetos. É que atividade e gestão não podem ser separadas, pois tal regime produz e é produto de sujeitos com desejos, necessidades, interesses em conjugação e conflito, em que o mundo do trabalho é criação e uso de si, mas também de luta e resistência. “Gestão não é apenas a organização do processo de trabalho, mas o que se passa entre os vetores-dobras que o constituem” (SANTOS e BARROS, 2009, p. 63). Percebe-se, nos relatos, certa limitação do conceito de rede com uma valorização da “regulação dos serviços, mas deixando a desejar quanto à articulação” de atores e instâncias que compõem o sistema saúde. Deve-se superar a simples prescrição de fluxos e regras com frágeis pactos e negociações (SANTOS e BARROS, 2009, p.75).

TRABALHO EM EQUIPE

Quanto às características do trabalho em equipe que desenvolvem e como conseguem constituir os momentos de convivência com o intuito de construir sinergia e fortalecimento das relações na equipe, três equipes (Ágata, Safira e Esmeralda) relatam realizar reunião de equipe de forma sistemática: Ágata, quinzenalmente; Esmeralda e Safira, semanalmente; Diamante e Ônix apresentam dificuldades de realizar reuniões de equipes de forma sistematizada, e Rubi diz que a reunião de equipe não acontece. Nos dados da avaliação do PMAQ (Tabela 1), todas as equipes afirmam realizar reuniões de equipe, inclusive Rubi.

Ágata, embora na avaliação do PMAQ tenha afirmado realizar reunião de equipe semanal, no grupo focal informou apenas recentemente estar conseguindo realizá-la de forma quinzenal. Diamante e Ônix informaram, na avaliação do PMAQ, realizar reunião semanalmente, embora no grupo focal relatem dificuldades de que as reuniões aconteçam de forma sistemática. Safira falou sobre as dificuldades de integrar todos os atores do cuidado, e Esmeralda, além disso, teceu críticas pelo espaço ser subutilizado apenas para informes e questões administrativas.

Todo o ato de trabalho na saúde coletiva só é possível se inserido em um coletivo que o autoriza e o enquadra — a equipe de saúde. Schwartz (2011) denomina as equipes de saúde como Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP). São entidades porque envolvem pessoas que, ao trabalharem juntas, compartilham valores, histórias de vida, vivências. São coletivas porque são vários trabalhadores buscando realizar seu trabalho. E relativamente pertinentes para se compreender como o trabalho acontece, pois quando mudam as pessoas, também muda o conteúdo e o ritmo da atividade (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Na produção do cuidado em saúde as atividades são sempre singulares, principalmente as ações de atenção direta ao usuário, o que dificulta a simples aplicação de prescrições. Assim, as entidades

coletivas ou as equipes de trabalho na saúde coletiva se mostram através das relações que se estabelecem no coletivo, com mais ou menos cooperação, ou através de gestos e iniciativas que vão permitindo que os conhecimentos técnicos e procedimentos tenham certa eficácia. Há uma rede de relações multiprofissionais, em que a atividade de trabalho de uma equipe se integra também a outros serviços e a outras equipes. Portanto, o coletivo sempre se reconstitui conforme a necessidade do trabalho (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Embora com dificuldades para a manutenção do espaço de reunião, as equipes compreendem sua importância para organização e planejamento. A dificuldade, na opinião das equipes, estaria relacionada à demanda da comunidade, o que dificultaria o momento das reuniões de equipe. As opiniões relacionadas às reuniões mais ampliadas com as demais equipes de saúde da família do município não são muito positivas. Esmeralda relata a realização de comparações negativas entre as equipes.

A complexidade dos sistemas de trabalho aumenta nos coletivos de trabalhadores, em que cada um faz uso de si em função do coletivo, pois este faz uso de seus membros. A dialética “uso de si por si e pelos outros” funciona no âmago dos coletivos de trabalho (DURAFFOURG, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados obtidos destacam-se alguns aspectos que dizem respeito às formas com que as equipes da Estratégia de Saúde da Família tentam se organizar para a produção do cuidado com gestantes. Os achados evidenciam convivência dos profissionais médicos especialistas de maneira não compartilhada e integrada às equipes, afetando o uso dos protocolos, desvirtuando o modelo de atenção e tornando a estratégia de saúde da família coadjuvante no cuidado. De certa forma, isso reforça e legitima processos de trabalho parcelares e fragmentados entre equipes e especialistas, a livre demanda e o atendimento médico-centrado com priorização de exames e procedimentos. Salienta-se que onde não há presença dos médicos especialistas as equipes referiram não apenas utilizar, mas criar protocolos voltados para sua realidade. E foram essas equipes que obtiveram melhor desempenho na avaliação do PMAQ e onde os profissionais possuem vínculos de trabalho mais estáveis, com menor rotatividade (tempo médio de 4-9 anos), formação voltada à saúde coletiva, demonstrando maior sinergia no trabalho em equipe.

Quanto ao conhecimento da realidade das gestantes, as equipes demonstram certa apropriação, mas apresentam dificuldades na compreensão das concepções de saúde e doença das usuárias que cuidam. Aparece um discurso simplista e prescritivo quando não preconceituoso a respeito da individualidade e autonomia das mulheres e suas escolhas.

O estudo ressalta a questão da rotatividade e precariedade de vínculos empregatícios e a sobrecarga de trabalho, principalmente pelas enfermeiras que acumulam função de gestão e atenção nas equipes.

Em relação aos processos de educação permanente como debate de valores não se encontrou relatos, nos grupos focais, que apresentassem práticas de EPS no sentido de problematizar os processos de trabalho e, assim, mudar as formas de produzir o cuidado.

Quanto ao trabalho em equipe os resultados evidenciam que, mesmo com dificuldades para a manutenção desse espaço, as equipes compreendem e defendem sua importância para a organização e o planejamento de ações. As dificuldades relacionam-se a parar os atendimentos, a comparações entre equipes, subutilização do espaço, usado apenas para informes e administrativas e a não participação de todos os atores do cuidado. Ou seja, mesmo nas equipes em que há proposta de EPS constata-se dificuldade de operacionalizá-la de fato como transformação das práticas.

As equipes apontam, em seus depoimentos, a separação entre a gestão, a educação permanente e os processos de trabalho. São equipes que necessitam de maior integração da gestão com a atenção em espaços de problematização de seus processos de trabalho na busca de menor hierarquização das relações

e valorização dos trabalhadores, visando a um cuidado mais próximo da integralidade, longitudinalidade e protagonismo.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 36 p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS** – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006b. 52 p.: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica. Caderno 17 – Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 9 set. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 1.459, de 24 de junho de 2011a. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS - a Rede Cegonha**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 27 jun. 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 15 mar. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 1.654, de 19 de julho de 2011b. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB) e o incentivo financeiro do PMAQ/AB, denominado componente de qualidade do piso de atenção básica variável - PAB variável**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF 20 jul. 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 15 de mar. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco Cadernos de Atenção Básica, nº 32**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a. 318 p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento. Cadernos de Atenção Básica, nº 33**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. 272 p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas

Estratégicas. **Gestão de alto risco: manual técnico**. Série A. Normas e Manuais Técnicos 5. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012c. 302 p.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 15 de mar. 2013.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: HUCITEC. 3. ed. São Paulo, 2007.

CANZIONERI, A. M. **Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, out./dez. 2006.

CARNEIRO RG. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. *Interface - Comun. Saúde, Educ.* 2013;17(44):49-59.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.41-65, 2004. Disponível em: <<http://www.fepecs.edu.br/cies2010/artigo09.pdf>>. Acesso em: 15 de mar. 2013.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface:omunicação, saúde, educação, Botucatu**, v. 9, n.16, p.161-177, set. 2004/fev. 2005.

CECCIM, R. B. et al. Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. **Cienc. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v.13, n.5, p.1567-1578, 2008.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E.; A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005. p.181-193.

FRANCO, T.; MERHY, E.E. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3ª ed. São Paulo: Editora Hucitec. 2006.

HENNINGTON, E. A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da Ergologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 555-561, 2008.

LOURAU, R. René Lourau na UERJ - 1993. **Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 1993.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.