



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE

**OS PROCESSOS DE TRABALHO PARA EFETIVAÇÃO DA
POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO BÁSICA**

Bruna Lopes da Silva

**João Pessoa/PB
2014**

BRUNA LOPES DA SILVA

**OS PROCESSOS DE TRABALHO PARA EFETIVAÇÃO DA
POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde – Nível Mestrado do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba, como requisito regulamentar para obtenção do título de mestre.

Linha de Pesquisa: Modelos em Saúde

Orientadores:

Profa. Dra. Ana Teresa Cavalcanti da Silva
Prof. Dr. Ulisses Umbelino dos Anjos

**João Pessoa
2014**

S586p Silva, Bruna Lopes da.

Os processos de trabalho para efetivação da política de saúde da mulher na atenção básica / Bruna Lopes da Silva. - João Pessoa, 2014.

106f.

Orientadores: Ana Teresa Cavalcanti da Silva e Ulisses Umbelino dos Anjos

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCEN

1. Saúde da mulher. 2. Saúde pública. 3. Medicina social. 4. Processo de trabalho. 5. Saúde coletiva.

UFPB/BC

CDU: 618.12-089.87(043)

BRUNA LOPES DA SILVA

**OS PROCESSOS DE TRABALHO PARA EFETIVAÇÃO DA
POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO BÁSICA**

João Pessoa, 15 de julho de 2014

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ana Teresa Cavalcanti da Silva
Orientadora (UFPB)

Prof. Dr. Ulisses Umbelino dos Anjos
Orientador (UFPB)

Prof. Dr. Eufrásio de Andrade Lima Neto
Membro Interno (UFPB)

Profa. Dra. Waglânia de Mendonça Faustino e Freitas
Membro Externo (UFPB)

Profa. Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo
Membro Externo (UEPB)

À Maria Cândida da Costa, minha avó (*in memoriam*), e Maria de Lourdes Lopes da Silva, minha mãe,

Que são as mulheres mais importantes na minha vida e que sempre me apoiaram incondicionalmente e possibilitaram que meus desejos se tornassem realidade. Essa dissertação é mais uma das minhas conquistas e também é uma conquista dessas mulheres maravilhosas.

À Barbara Lopes da Silva, minha irmã,

Uma pessoa mais que especial e que literalmente briga por mim e me incentiva a nunca desistir. Essa baixinha é minha força.

À Frederico Fávaro Ribeiro, meu noivo,

Que desenvolveu essa dissertação comigo e esteve junto nos meus melhores e piores momentos me incentivando, ajudando e guiando sempre que necessário.

AGRADECIMENTOS

Aos Professores Orientadores Dra. Ana Tereza e Dr. Ulisses

Obrigada por serem meus guias na busca por conhecimento;

Obrigada pela paciência e disponibilidade;

À Dra. Waglânia

Professora que está comigo desde a graduação me orientando, ajudando e acreditando em meu potencial;

Obrigada por aceitar participar da banca e por continuar contribuindo com meu crescimento acadêmico e pessoal;

Aos professores Dr. Eufrásio e Dra. Tânia

Obrigada por aceitarem participar da banca examinadora e pelas contribuições enriquecedoras a minha vida acadêmica;

Ao professor Dr. Rodrigo Viana – Coordenador do PPGMDS

Obrigada por suas orientações, por compartilhar seus conhecimentos e pela ajuda que disponibiliza aos discentes.

À Dra. Fernanda Maria Chianca,

Tia, professora, orientadora, enfim a pessoa que possibilitou o início dessa jornada e que sempre esteve presente se preocupando e ajudando.

À CAPES,

Pela disponibilidade de bolsa de estudos.

À amiga Renata Newman,

Que conheci no mestrado e pouco a pouco nos tornamos grandes amigas. Ela foi fundamental para o desenvolvimento da minha dissertação e para o meu crescimento nesses dois anos.

À Minha Família,

Pessoas insubstituíveis que me apoiaram incondicionalmente e fazem parte dessa conquista.

À amiga Mayara Cardoso e a sua família,

Pessoas únicas que vejo como minha família e que sempre estão me ajudando, cuidando, se preocupando. Amo-os muito.

Não se preocupem com nada, mas em todas as orações peçam a Deus o que vocês precisam e orem sempre com o coração agradecido. E a paz de Deus, que ninguém consegue entender, guardará o coração e a mente de vocês, pois vocês estão unidos com Cristo Jesus.

Filipenses 4: 6 -7.

RESUMO

O estudo teve o objetivo de investigar o processo de trabalho realizado pelos profissionais da Atenção Básica, com foco na atenção à saúde da mulher. Para tanto realizou-se um estudo descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa nas Unidades de Saúde da Família dos cinco Distritos Sanitários de João Pessoa. Os dados foram coletados no período de setembro a dezembro de 2013 por meio da aplicação de 204 questionários aos profissionais (enfermeiros, médicos e odontólogos). A análise foi realizada com o *software R* que possibilitou a obtenção de estatísticas descritivas e a realização da Análise de Agrupamento. Com a análise, foi possível verificar que os enfermeiros, médicos e odontólogos estão associando elementos do Modelo Assistencial de Saúde Coletiva e Hospitalocêntrico na realização da assistência em saúde, enquanto que 13,33% dos médicos realizam um processo de trabalho relacionado ao Modelo Assistencial de Saúde Coletiva e isso. O processo de trabalho na atenção à saúde da mulher ainda se configura fragmentado e curativo, dificultando o alcance da integralidade do cuidado à mulher enquanto direito constitucional.

Palavras-chave: Saúde da mulher; Saúde pública; Medicina social; Processo de trabalho.

ABSTRACT

This research aimed to investigate the work process realized by the primary care professionals, focusing on women's health. Was conducted an exploratory and descriptive study, with quantitative approach in the Family Health Units of the five Health Districts in João Pessoa. Data were collected in the period September-December 2013 through the application of questionnaires to 204 professionals (nurses, doctors and dentists). The analysis was performed using the R software, which allowed obtaining descriptive statistics and the realization of the Cluster Analysis. Through the analysis, it was verified that nurses, doctors and dentists are associating elements of Assistance Model of Collective Health and hospital-centered model in the realization of health assistance and that only doctors perform a work process related to Assistance Model of Collective Health and this just for 13.33% of them. The work performed by more than 90% of professionals is fragmented, which makes hard to perform actions that reach a certain goal, specifically, to provide the expansion of women's rights, which requires identification of social needs of health and the use of knowledge of Collective Health as a way to transform the work object.

Keywords: Women's health; Public health; Social medicine; Work process.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Apresentação do resultado amostral após estratificações. João Pessoa – PB, 2014.....	40
Tabela 2 -	Perfil social dos profissionais da Atenção Básica de João Pessoa. João Pessoa – PB, 2014.....	48
Tabela 3 -	Perfil acadêmico dos profissionais da Atenção Básica de João Pessoa. João Pessoa – PB, 2014.....	49
Tabela 4 -	Perfil dos enfermeiros, médicos e odontólogos quanto a qualificação profissional. João Pessoa – PB, 2014.....	49
Tabela 5 -	Algoritmo de agrupamento para os enfermeiros de acordo com a conectividade, homogeneidade e heterogeneidade. João Pessoa – PB, 2014.....	51
Tabela 6 -	Algoritmo de agrupamento para os médicos de acordo com a conectividade, homogeneidade e heterogeneidade. João Pessoa – PB, 2014	52
Tabela 7 -	Algoritmo de agrupamento para os odontólogos de acordo com a conectividade, homogeneidade e heterogeneidade. João Pessoa – PB, 2014	52
Tabela 8 -	Coeficiente de aglomeração do processo de trabalho das enfermeiras para as dimensões objeto, finalidade e instrumentos de acordo com o método hierárquico. João Pessoa – PB, 2014.....	53
Tabela 9 -	Coeficiente de aglomeração do processo de trabalho dos médicos para as dimensões objeto, finalidade e instrumentos de acordo com o método hierárquico. João Pessoa – PB, 2014.....	53
Tabela 10 -	Coeficiente de aglomeração do processo de trabalho dos odontólogos para as dimensões objeto, finalidade e instrumentos de acordo com o método hierárquico. João Pessoa – PB, 2014.....	53
Tabela 11-	Objetos do trabalho das enfermeiras mediante a Análise de Agrupamento. João Pessoa – PB, 2014.....	54
Tabela 12 -	Teste de comparações múltiplas de Kruskal-Wallis para os agrupamentos de enfermeiras. João Pessoa – PB, 2014.....	54
Tabela 13-	Finalidade do trabalho das enfermeiras mediante a Análise de Agrupamento. João Pessoa – PB, 2014.....	54
Tabela 14 -	Instrumento do trabalho das enfermeiras mediante a Análise de Agrupamento. João Pessoa – PB, 2014.....	55
Tabela 15 -	Os elementos do processo de trabalho das enfermeiras e o modelo de saúde a que eles estão direcionados. João Pessoa – PB, 2014.....	56
Tabela 16 -	Perfil das enfermeiras segundo a dimensão e o agrupamento. João Pessoa – PB, 2014.....	57
Tabela 17 -	Objeto do trabalho dos médicos mediante a Análise de Agrupamento. João Pessoa – PB, 2014.....	59
Tabela 18 -	Teste de comparações múltiplas de Kruskal-Wallis para os agrupamentos de médicos. João Pessoa – PB, 2014.....	59
Tabela 19 -	Finalidade do trabalho dos médicos mediante a Análise de Agrupamento. João Pessoa – PB, 2014.....	60
Tabela 20 -	Instrumentos do trabalho dos médicos mediante a Análise de Agrupamento. João Pessoa – PB, 2014.....	61

Tabela 21 -	Os elementos do processo de trabalho dos médicos e o modelo de saúde a que eles estão relacionados. João Pessoa – PB, 2014.....	62
Tabela 22 -	Perfil dos médicos de acordo com a dimensão e o agrupamento. João Pessoa – PB, 2014.....	64
Tabela 23 -	Objeto do trabalho dos odontólogos mediante a Análise de Agrupamento. João Pessoa – PB, 2014.....	65
Tabela 24 -	Finalidade do trabalho dos odontólogos mediante a Análise de Agrupamento. João Pessoa – PB, 2014.....	66
Tabela 25 -	Instrumento do trabalho dos odontólogos mediante a Análise de Agrupamento. João Pessoa – PB, 2014.....	66
Tabela 26 -	Os elementos do processo de trabalho dos odontólogos e o modelo de saúde a que eles estão direcionados. João Pessoa – PB, 2014.....	67
Tabela 27 -	Perfil dos odontólogos de acordo com a dimensão e o agrupamento. João Pessoa – PB, 2014.....	69

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Elementos do processo de trabalho de acordo com o modelo assistencial. João Pessoa – PB, 2014.....	42
Quadro 2 -	As questões envolvidas na investigação de cada dimensão para as enfermeiras, os médicos e os odontólogos.....	44

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	OBJETIVOS.....	19
2.1	GERAL.....	19
2.2	ESPECÍFICOS.....	19
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
3.1	MODELO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....	20
3.2	PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE.....	25
3.3	A EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER	28
3.4	ANÁLISE DE AGRUPAMENTO.....	32
3.4.1	Medidas de Dissimilaridade e Similaridade.....	33
3.4.1.1	<i>Distância Euclidiana.....</i>	<i>34</i>
3.4.2	Método Hierárquico de Agrupamento.....	36
3.4.2.1	<i>Método de Hierárquico Aglomerativo de Ward.....</i>	<i>36</i>
4	METODOLOGIA.....	39
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	39
4.2	CENÁRIO DE ESTUDO.....	39
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	40
4.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	41
4.5	COLETA DE DADOS.....	42
4.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	43
4.7	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	45
5	RESULTADOS.....	47
5.1	PERFIL DO PROFISSIONAIS ASSISTENCIAIS DA ATENÇÃO BÁSICA	47
5.2	O PROCESSO DE TRABALHO DO PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA.....	49
5.2.1	Escolha do Método de Agrupamento.....	50
5.2.2	O Processo de Trabalho da Enfermagem.....	53
5.2.3	O Processo de Trabalho dos Médicos.....	59
5.2.4	O Processo de Trabalho da Odontologia.....	64
6	DISCUSSÃO.....	70

7	CONCLUSÕES.....	82
	REFERÊNCIAS.....	84
	Apêndice A – Questionário Enfermeiras.....	90
	Apêndice B – Questionário Médicos.....	94
	Apêndice C - Questionário Odontólogo.....	98
	Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	102
	Anexo I - Termo de Anuência.....	104
	Anexo II - Certidão do Comitê de Ética e Pesquisa.....	105
	Anexo III - Encaminhamento para coleta de dados.....	106

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, no plano teórico da Política, a saúde da mulher passou a ser uma prioridade de gestão em todas as esferas do governo. Isto requer avanços nas discussões acerca do cuidado integral a essa população uma vez que, mesmo com o crescimento científico, tecnológico e o aumento nas discussões sobre questões relativas à mulher, ainda não é possível atender às necessidades de saúde específicas das mulheres (COSTA; GUIMARÃES, 2000; BRASIL, 2011).

As mulheres continuam apresentando alta mortalidade por causas evitáveis ou passíveis de prevenção, como a mortalidade materna, o câncer de colo de útero e de mama, além de alta morbidade por problemas preveníveis, que podem ser minimizados, como a exemplo da violência de gênero. Verifica-se, no entanto, uma estabilização da situação para alguns problemas e um crescimento para outros, demonstrando que as ações de saúde não são eficazes para a resolução de grande parte dos problemas de saúde das mulheres (BRASIL, 2011).

As ações de saúde na atenção à saúde da mulher são desenvolvidas com base nos princípios e doutrinas do Sistema Único de Saúde (SUS), que é um patrimônio conquistado pela sociedade civil organizada, instituído em 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde de nº8080/90 e nº8142/90. Esse sistema que se propõe universal e equânime foi pensado para atender às necessidades da população, a partir de princípios doutrinários que visam à ampliação da melhor qualidade assistencial, mas que, por algum motivo, ainda não consegue alcançar a saúde das mulheres em sua integralidade (BRASIL, 2000; BRASIL, 2011).

Identificar as razões pelas quais, na prática, as ações de assistência em saúde não conseguem atender às necessidades das mulheres - senão às demandas - requer refletir e investigar sobre o modo como a assistência à saúde da mulher tem se constituído, o que pode ser analisado sob a óptica da categoria Trabalho, especificamente do processo de trabalho em saúde, conforme o recorte deste estudo.

Nessa perspectiva, a análise do processo de trabalho requer, além da compreensão do conceito da categoria Modelo de Assistência em Saúde - da qual ele foi recortado - a reflexão sobre a constituição dos diferentes modelos produzidos ao longo do contexto histórico do país. Para Mendes-Gonçalves (1992), Modelo de Assistência em Saúde corresponde a um grande conceito ou categoria de grande complexidade e de alto grau de abstração que tem

como base de sustentação três outras subcategorias, ou conceitos com menor grau de abstração, a saber: as políticas públicas de saúde, a organização dos serviços e os processos de trabalho.

O processo de trabalho em saúde assume destaque, nesse estudo, por sua íntima relação com o objeto da pesquisa, uma vez que, de acordo com Silva (2003) a assistência à saúde é um conjunto de teorias e práticas que se concretizam por meio dos processos de trabalho. Esses processos de trabalho são constituídos por três elementos: **O Objeto do trabalho** – aquilo que se pretende transformar; **a Finalidade do trabalho** – aquilo a que se destina o trabalho propriamente dito e os **Instrumentos de trabalho** – aquilo a que se recorre para facilitar a consecução da finalidade, entre os quais se encontra o saber que orienta todo o processo (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Segundo Paim (2003), os diferentes Modelos de Assistência podem ser definidos como combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde, danos e riscos, que compõe o perfil epidemiológico de uma determinada população e expressam necessidades sociais de saúde historicamente construídas.

No Brasil, o Modelo Assistencial de Saúde mais adequado ao SUS, mas ainda não hegemônico, é a proposta do Modelo Assistencial de Saúde Coletiva. Esse modelo possibilita o envolvimento dos princípios e diretrizes do SUS na formulação de políticas, na Organização de Serviços e na realização dos Processos de Trabalho em Saúde. É um modelo substitutivo ao Modelo Tradicional de Saúde Pública, cujo desenvolvimento tem sido uma construção histórica e social, na América Latina, sob a influência da Medicina Social do Século XIX, mas que ainda não é uma realidade (PAIM, 2006; COSTA et al, 2009).

A efetivação do Modelo de Saúde Coletiva na Atenção à Saúde da Mulher requer:

- que o Primeiro Pilar, que corresponde às **políticas de saúde da mulher**, informe a intenção de se ampliar a qualidade de vida e os direitos desse grupo social e historicamente desfavorecido;
- que a base, a qual corresponde ao Segundo Pilar, **a Organização dos Serviços**, seja uma rede articulada que apresenta a ESF como uma das portas de entrada e;
- que a equipe multiprofissional organize seus **Processos de Trabalho - Terceiro Pilar** - de modo a ter, como **objeto de trabalho**, uma assistência que reconheça as necessidades sociais de saúde da mulher (e transforme as demandas em

necessidades); como ***finalidade do trabalho*** a ampliação dos direitos e da qualidade de vida por meio da valorização da integralidade da assistência à saúde e de seus determinantes no contexto social e, como ***instrumento de trabalho, um saber com base na teoria da determinação social do processo saúde-doença***, além de um saber sobre a mulher nas suas particularidades e singularidades conforme afirmam Paim (2006), Barata(2009), Egry, Fonseca (2000), Sanchez, Minayo, (2006), Brasil (2011). Silva (2005) ressalta que todos esses elementos do processo de trabalho precisam estar articulados entre si e adequados ao recorte ideológico da política.

Nesse contexto, pressupõe-se que a realidade da assistência em saúde da mulher pode também ser afetada por um processo de trabalho em desacordo com o Modelo Assistencial de Saúde, ou mesmo um processo de trabalho que tenha seus próprios elementos em desacordo: o objeto, a finalidade e os instrumentos – o que influiria no desenvolvimento de uma assistência embasada nas necessidades sociais de saúde das mulheres.

Vale ressaltar, também, que a transição de um Modelo de Saúde para outro não se completa em um curto período de tempo, pois compreende um processo histórico e cultural de reorganização política, dos serviços e do processo de trabalho. Este último é o pilar de maior complexidade, uma vez que necessita da articulação com os outros dois pilares (a Política e a Organização dos Serviços) e normalmente envolve profissionais que tiveram uma formação com base em outro Modelo Assistencial de Saúde (FARIA et al, 2010).

Assim, a efetivação do Modelo de Atenção em Saúde - o Modelo de Saúde Coletiva - que caracterize uma mudança paradigmática precisa configurar um processo de trabalho distinto, o que requer preparar os profissionais para atuar em consonância com as determinações históricas e sociais do processo saúde-doença da mulher. Todavia, o que se verifica na realidade é uma maior ênfase na elaboração de novas políticas- intenções- e na organização de novos serviços de saúde, mas pouca atenção com a qualificação profissional relativa aos processos de trabalho, especificamente a um dos seus instrumentos, o saber instrumental.

Disso decorre a importância e a necessidade de se investigar e analisar se o processo de trabalho que está sendo desenvolvido nas Unidades de Saúde da Família (USF) está de acordo com o Modelo Assistencial de Saúde Coletiva, bem como se o trabalho está sendo desenvolvido com enfoque nas questões específicas de saúde da mulher, pois os objetivos determinados pelo Ministério da Saúde de promover melhorias nas condições de vida, da saúde das mulheres, de reduzir a morbimortalidade feminina e ampliar, qualificar e humanizar

a atenção integral à saúde da mulher não podem ser alcançados por um processo de trabalho atrelado a um modelo de assistência adequado a outros contextos históricos, como o Modelo Sanitarista Campanhista ou o Hospitalocêntrico (BRASIL, 2011)

Refletindo sobre essa situação, e pressupondo que o Modelo de Saúde Coletiva não está se efetivando, na assistência em saúde para a mulher, e que isso pode ser consequência de uma inadequação no processo de trabalho em saúde, este estudo se propõe a investigar o processo de trabalho que está sendo desenvolvido na Atenção Básica, com enfoque na saúde da mulher e, assim, identificar se o processo de trabalho está de acordo com o Modelo Assistencial de Saúde Coletiva.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Investigar o processo de trabalho realizado pelos profissionais da Atenção Básica, com foco na saúde da mulher.

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar os elementos do processo de trabalho utilizados pelos profissionais envolvidos na assistência à saúde da mulher;
- Identificar o Modelo Assistencial que orienta a prática dos profissionais na atenção à saúde da mulher;
- Traçar o perfil dos grupos de profissionais de acordo com os elementos do processo de trabalho;

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 MODELO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Os modelos assistenciais de saúde têm os seus desenvolvimentos influenciados pelas condições socioeconômicas e políticas de cada momento histórico. As modificações relacionadas à compreensão do processo saúde-doença, dos problemas de saúde a serem sobrepujados e de como assistir a população, são aspectos a considerar porque eles influenciam na constituição dos modelos. Segundo Paim (2008), o modelo assistencial de saúde:

não significa algo exemplar e único ... Ele é como uma representação da realidade de saúde ... Pode ser definido como combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento das necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma espécie de lógica que orienta a ação e organiza os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas de saúde” (PAIM,2008p.548, 554)

Portanto, refletir acerca dos Modelos Assistências em Saúde no Brasil requer uma análise histórica, política, econômica e social do desenvolvimento da saúde, para que se possa compreender a proposta do Modelo de Saúde Coletiva no contexto do SUS.

Historicamente, a organização dos Modelos Assistências em Saúde varia de acordo com as forças políticas de cada momento histórico. Tais forças, ora favorecem a dominância de um modelo, ora de outro. Assim, antes do Modelo Assistencial de Saúde Coletiva, existiram outros modelos de saúde orientando as práticas de saúde no Brasil: o Modelo Sanitarista Campanhista e o Hospitalocêntrico. Ambos ainda estão presentes nas práticas de saúde e na organização dos serviços, o que dificulta o alcance dos objetivos e metas determinadas pelo Ministério da Saúde, pois, tais objetivos são propostos levando em consideração que as ações de saúde são elaboradas de acordo com as necessidades sociais de saúde da população e não apenas pelas doenças que a população apresenta (demanda). (SILVA JÚNIOR; ALVES,2007; FARIA *et al*,2010)

O Modelo Sanitarista Campanhista data do início do século XX, momento histórico do seu predomínio, que ocorre superação da Teoria Miasmática em favor da teoria bacteriológica de Pasteur e Koch, passando-se assim a compreender o processo de adoecer como multicausal e não mais unicausal e linear (FARIA *et al*,2010). Este modelo foi utilizado com o propósito

de orientar a organização dos serviços de atenção em saúde, bem como as ações de combate as epidemias que ocasionavam sérios problemas sociais e econômicos para o país, face à caótica situação sanitária que afetava a exportação brasileira, pois os navios estrangeiros se negavam a aportar na cidade do Rio de Janeiro que era conhecida como “túmulos dos estrangeiros” (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

O Modelo Sanitarista Campanhista permitiu o planejamento de ações no sentido de sanear a cidade com a realização de obras públicas, limpeza e combate às doenças, fazendo-as na forma de campanhas sanitárias, como as promovidas por Oswaldo Cruz para sanear o Rio de Janeiro (FARIA *et al.*, 2010). O modelo é embasado na visão militarista de combate às doenças de massa, é verticalizado e possui uma intervenção repressiva sobre os corpos individuais e sociais. Sua operacionalização ocorreu por meio dos programas de vacinação obrigatórios, campanhas de caráter temporário, desinfecção dos espaços públicos e domiciliares e ações de medicalização do espaço urbano (MENDES, 1994; PAIM, 2003). Entretanto, tais ações não contemplavam a totalidade da situação de saúde, pois estavam concentradas no controle dos agravos que eram responsáveis pelas epidemias e as direcionavam para os grupos que apresentavam riscos de adoecer e morrer pelos agravos associados às epidemias. (PAIM, 2003)

É importante ressaltar que o Modelo Campanhista foi eficaz para alguns problemas de saúde, no momento histórico em que foi aplicado. Além disso, uma vez supridas algumas demandas da população, novas solicitações ou problemas de saúde irão ocorrer, conseqüentemente, o Modelo Campanhista acaba não suprimindo as novas necessidades de saúde. Mesmo assim, ele ainda se faz presente nas ações de saúde com o propósito de enfrentar problemas que não foram resolvidos por meio das atividades usuais e também porque, mesmo que no plano político exista o indicativo de um novo Modelo Assistencial, a sua efetivação não é simultânea, situação essa que pode perdurar por anos (PAIM, 2003).

A partir de 1950, a industrialização brasileira proporcionou o deslocamento do polo dinâmico da economia para os centros urbanos, o que motivou um elevado êxodo rural e a conseqüente ocupação em massa das cidades. Entretanto, as cidades não estavam preparadas estruturalmente para receber esse contingente populacional e essa situação influenciou no desenvolvimento de condições de vida inadequadas para os indivíduos mais carentes, que representavam majoritariamente a massa operária das indústrias. Essa situação refletiu sobre a industrialização de forma negativa e por sua vez na economia. Desse modo, a saúde da população trabalhadora precisou ser considerada para não prejudicar o crescimento econômico (BERTOLOZZI; GRECO. 1996; BALESTRIN; BARROS, 2009).

Tais circunstâncias permitiram o início da superação do Modelo Sanitarista Campanhista, no plano político, mas, no plano da prática, a assistência em saúde continuou sendo privilégio de poucos, envolvendo apenas a classe trabalhadora e as pessoas com maior poder aquisitivo que buscavam assistência médica curativa privada.

Na década de 1930, foram implantados centros e postos de saúde para atender algumas demandas da população mais carente, através de ações embasadas nos saberes tradicionais da biologia e da velha epidemiologia. O homem é visualizado como objeto a ser transformado através de ações verticalizadas que não levam em consideração o meio social, político, econômico e a cultura do indivíduo (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

Nesse momento, as ações de Saúde Pública predominavam sobre a assistência médica individual, mas com as construções dos hospitais, essa realidade começou a ser modificada, uma vez que se tinha um mercado de equipamentos médicos e de medicamentos que passou a ser absorvido pelo setor da saúde e gradativamente proporcionou a desvalorização da assistência fornecida nas Unidades de Saúde (PAULI, 2007).

É em meio a essa situação de descontentamento das ações públicas que os pilares do Modelo Hospitalocêntrico começaram a ser utilizados no Brasil. Este modelo adota uma política voltada para a finalidade de cura e está direcionado para a doença, isso nos aspectos biológicos e individuais. As ações são centradas nos hospitais, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologia, sendo chamado de medicina científica, biomedicina ou Modelo Hospitalocêntrico (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

O Modelo Biomédico e o setor privado conseguiram um maior crescimento em decorrência do Plano Nacional de Saúde, que privilegiava a assistência médica curativa, assistencialista e especializada. Esse foi um modelo que teve início em meados da década de 1970, mantendo-se até a década de 1980. Isso no plano teórico político, pois na prática assistencial ele se faz presente até hoje (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007; BALESTRIN; BARROS, 2009).

Com o passar do tempo, o Modelo Hospitalocêntrico gerou altos ônus ao setor da saúde, em decorrência da medicina hospitalar especializada e tecnologicamente dependente. Entretanto, o maior investimento financeiro não resultou em melhorias na saúde da população, o que foi comprovado através de pesquisas que mostravam os indicadores de saúde sem alteração ou piorando. Logo, a legitimidade do Modelo Hospitalocêntrico foi questionada quanto à capacidade de atuar positivamente na melhoria da qualidade de vida e na alteração dos indicadores de saúde (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

A crise relacionada ao Modelo Hospitalocêntrico também abalou a Saúde Pública Tradicional que se construiu nos países desenvolvidos ao longo do século XX. Ela é caudatária do liberalismo e faz uso do pressuposto filosófico-teórico da doença e morte como ponto de partida para a explicação da saúde (PAIM, 2006).

Na Saúde Pública Tradicional, que era subordinada ao Modelo Médico Hegemônico, a ação estatal era de caráter supletivo. Deveria suprir as demandas de saúde que as ações privadas e o indivíduo não fossem capazes de fazer. Propunha o desenvolvimento de ações direcionadas para o coletivo, só que de forma verticalizada. As ações desenvolvidas de acordo com a Saúde Pública Tradicional não possibilitaram o envolvimento das necessidades da população brasileira, e também influenciou na ocorrência do descontentamento do povo (PAIM, 2006).

A crise do modelo institucionalizado de Saúde Pública influenciou para que a Nova Saúde Pública fosse proposta pelos países hegemônicos e apoiada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). É um momento que se ignorou os esforços latino-americanos de construção do campo científico da Saúde Coletiva e que impossibilita a renovação da Saúde Pública Institucionalizada (PAIM, 2006).

A Nova Saúde Pública traz, em sua reformulação, o reconhecimento da saúde como um direito humano e a compreensão de que as condições de vida (ambiente, físico, social e econômico) representam importantes determinantes da saúde. Ela tem quatro tarefas básicas: prevenção das doenças não infecciosas; prevenção das doenças infecciosas; promoção da saúde e melhoria da atenção médica e da reabilitação. Propõe ainda o desenvolvimento de ações em saúde através: (a) de alianças com os provedores de serviços; (b) do desenvolvimento de técnicas de avaliação e monitorização das necessidades e demandas da população, bem como da equidade no acesso aos serviços de saúde, principalmente os preventivos; (c) da produção de informação sobre as “práticas de excelência” para permitir contratação de serviços baseados em evidências; (d) e facilitar o acesso a informação em saúde, por parte dos cidadãos com o propósito de possibilitar maior autonomia no cuidado em saúde (PAIM, 2006).

Entretanto, tais ações e propostas da Nova Saúde Pública não são suficientes para envolver de forma efetiva problemas como os relacionados à pobreza, às doenças emergentes e aos conflitos persistentes que caracterizam o mundo hoje e que requerem quadros mais radicais que a Nova Saúde Pública (AWOFESO, 2004).

A Saúde Coletiva é considerada como alternativa da Nova Saúde Pública e, no Brasil, mesmo enfrentando inúmeras dificuldades, influenciou o processo de Reforma Sanitária e a

implantação de parte do projeto do Sistema Único de Saúde que se pretendia (PAIM, 2006). Isso foi possível porque, na década de 1980, parte da sociedade brasileira se uniu e reivindicou a saúde como um direito universal dos cidadãos e dever do Estado. A compreensão de saúde começou a sair da esfera tecnicista e privatista. Os movimentos sociais ganharam força, saíram do interior das universidades e se apresentaram à sociedade, uniram-se a outros movimentos sociais, como a luta feminista, e assim influenciaram a formulação do projeto de reorganização institucional, o Movimento Sanitário (FLEURY, 2009).

A saúde para todos foi estabelecida na constituição de 1988 com o Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios de Integralidade, Equidade, Universalidade e Participação Social (BRASIL, 2006a). A Reforma Sanitária foi o marco inicial da reorganização da saúde no país e teve a continuidade com a VIII Conferência Nacional de Saúde que possibilitou a ampliação nos debates com as esferas estaduais e municipais, bem como o desenvolvimento de um conceito ampliado de saúde e o reconhecimento da saúde como direito de cidadania e dever do Estado. (BRASIL, 1986).

O Movimento pela Reforma Sanitária brasileira também recebeu o apoio do Movimento de Saúde Coletiva, que tem como base o conceito ampliado de saúde e a necessidade de participação social na determinação de Políticas Públicas de Saúde (PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, 1998).

Com o intuito de entender o quanto a Saúde Coletiva é importante para a saúde pública brasileira, é necessário compreender a sua formulação e o seu direcionamento. O Modelo de Saúde Coletiva teve origem na América Latina, com o desenvolvimento ocorrendo a partir da década de 1970. Ele foi pensado a partir da crítica à Medicina Preventiva, à Medicina Comunitária, à Medicina da Família, sob a influência da Medicina Social do século XIX e da Saúde Pública Institucionalizada. Refere-se a um conjunto articulado de práticas técnicas, ideologias e políticas econômicas desenvolvidas no âmbito acadêmico, nas organizações de saúde e em instituições de pesquisa vinculadas a diferentes correntes de pensamentos resultantes de projetos de reforma de saúde (PAIM, 2006).

O Modelo de Saúde Coletiva constitui-se progressivamente como um campo científico inter/multi e transdisciplinar que está embasado em um tripé de eixos disciplinares: epidemiologia, ciências sociais e planificação e gestão em saúde, mantendo sempre conexões com as ciências biológicas, sociais, estatísticas, demográficas, geográficas, clínicas, entre outras (PAIM, 2006).

Para a Saúde Coletiva, o objeto do processo de trabalho são as necessidades sociais de saúde e não apenas os problemas de saúde (risco, agravos, doenças, e morte), e assim requer

que análises das necessidades e dos determinantes do processo de saúde-doença sejam realizadas para possibilitar aproximação com o objeto, bem como manipulá-lo ou transformá-lo com o uso do saber da saúde coletiva, que é o instrumento do trabalho e relaciona o conhecimento de saúde com o de outras áreas como a sociologia, possibilitando ações inter e transdisciplinares com a finalidade de promover a ampliação dos direitos da coletividade e dos indivíduos (PAIM, 2006).

Esse processo de trabalho é o que melhor se adequa ao SUS. O Modelo de Saúde Coletiva é o que melhor possibilita o envolvimento dos princípios e doutrinas do SUS no processo de formulação de políticas, na reorganização dos serviços e na orientação do processo de trabalho, além de permitir considerar as questões subjetivas na assistência ao indivíduo e à coletividade. Orienta as ações em saúde pelas necessidades sociais de saúde e compreende o processo de saúde-doença em sua dimensão biopsicossocial (PAIM, 2006; SANCHEZ; MINAYO, 2006).

Entretanto, mesmo com o conhecimento científico que se tem sobre o SUS e sua melhor implementação em associação com o Modelo de Saúde Coletiva, ultrapassar o Modelo Hospitalocêntrico ainda não foi possível, pois o SUS desde a formulação até sua legalização têm enfrentado dificuldades, uma vez que se trata de uma política de saúde complexa claramente definida no sentido de política social que atu nos campos políticos, jurídicos, técnico-operacionais e político-institucionais. A sua legalização ocorre em um momento que o governo do final da “Nova República” não se compromete com a sua efetivação, situação essa que dificultou tanto a realização plena do SUS, como a implementação do Modelo de Saúde Coletiva (BRASIL, 1986; BRASIL, 2006a).

3.2 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Segundo Mendes-Gonçalves (1992), o trabalho é um processo de transformação não espontâneo, sendo assim intencional, no qual o sujeito imprime sua energia para transformar o objeto, fazendo uso de meios e instrumentos, com o objetivo de suprir as necessidades e carecimentos sociais. Portanto, o trabalho é processual, intencional, não-natural e o objeto a ser transformado só existe mediante o recorte feito pelo sujeito do trabalho para atender a uma necessidade.

Mendes-Gonçalves (1992, 1994) foi um importante pesquisador do processo de trabalho em saúde, sendo as concepções utilizadas nessa pesquisa provenientes de seus estudos da aplicação da teoria marxista ao campo da saúde.

Segundo Marx (1991), no processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho para a produção de produtos, e essa transformação está subordinada a um determinado fim. Portanto, os três elementos componentes do processo de trabalho são: a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho; o objeto do trabalho, ou seja, a matéria a que se aplica o trabalho, e os instrumentos ou meios do trabalho.

Mendes-Gonçalves (1992), fazendo uso da Teoria Marxista, afirma que o processo de trabalho apresenta três elementos constituintes e que se relacionam entre si: a finalidade do trabalho, os instrumentos do trabalho e o objeto do trabalho. Esses elementos definem categorias de análise que possibilitam a compreensão do trabalho e isso também se aplica ao trabalho em saúde, pois ele não está desvinculado da ideia geral de trabalho e sofre influência das injunções materiais que estão associadas ao estereótipo de “mundo do trabalho”.

A finalidade do trabalho, segundo Mendes-Gonçalves (1992, p.18), é a “tensão da vontade e sintetiza todo o processo de trabalho”, pois exerce influência tanto na delimitação do objeto do processo de trabalho, como dos instrumentos para transformá-lo. Diz respeito ao seu caráter teleológico e compreende o objetivo que direciona as ações em saúde.

O objeto é um elemento da natureza sobre o qual incide a ação do trabalhador para modifica-lo de acordo com o seu objetivo final. Para que ocorra a modificação é necessário que o trabalhador identifique e delimite se o objeto natural possui as qualidades necessárias para alcançar a sua finalidade, caso o objeto natural seja adequado a um determinado fim, ele se torna o objeto do processo de trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1992).

O recorte do objeto do processo de trabalho em saúde depende do olhar, da compreensão que o trabalhador apresenta sobre o que é o processo saúde-doença e como enfrenta-lo. Sendo assim, se o seu olhar for o da biologia o seu processo de trabalho será voltado apenas para a cura.

Segundo Silva (2003, p.58) o objeto do processo de trabalho:

é a ideia impressa na matéria pelo trabalho, é a ideia transformada em objeto. Ou seja, é o objeto socialmente posto, construído no processo de trabalho, é a subjetividade objetivada (SILVA, 2003 p.58).

Os instrumentos do processo de trabalho compreendem os meios pelos quais o trabalho irá se concretizar. É com o instrumento que se opera a transformação de um objeto, de acordo com a finalidade. O instrumento pode ser único ou um conjunto de técnicas e saberes que possibilitam incorporar a energia necessária para a transformação do objeto.

Segundo Mendes-Gonçalves (1992), os instrumentos podem ser materiais ou não materiais. Os não materiais compreendem os saberes que permitem a ligação entre o trabalhador e os instrumentos materiais ou o trabalhador e o objeto.

É importante salientar que a prática em saúde se diferencia do trabalho de outras áreas, como na indústria ou no comércio, por apresentar uma forma específica de realizar o processo de trabalho, mas o trabalho em saúde como qualquer outro está subjugado às questões econômicas, políticas, sociais e culturais de cada momento histórico (MENDES-GONÇALVES, 1992), sendo por isso que a prática em saúde não pode ser analisada independentemente do meio em que é desenvolvida (SCHRAIBER, 1997; MOTA, SILVA; SCHRAIBER, 2004;).

A análise do processo de trabalho em saúde é uma importante ferramenta para a transformação da realidade, pois a análise do processo de trabalho possibilita compreender e constatar se o trabalho desenvolvido está adequado aos objetivos propostos em um determinado momento histórico e a um Modelo Assistencial de Saúde. É importante ressaltar que nesse exame o pesquisador deve estar ciente de que as práticas em saúde não são naturais ou uma transformação espontânea, elas são intencionais, possuem um objetivo determinado pelas necessidades da população, individual ou coletiva (carecimentos), que direciona o processo de trabalho, uma finalidade, que para ser alcançada faz uso dos instrumentos, que são os meios disponíveis para modificar a realidade e assim conseguir alcançar o objetivo inicial (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Neste sentido, o objeto do processo de trabalho em saúde é social e historicamente construído, nada na prática em saúde ocorre por acaso ou de forma natural e isso precisa ser compreendido para que seja possível constatar a importância das ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde. Essas ações podem influenciar de forma benéfica o processo saúde-doença ou de forma a dificultar a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida (MENDES-GONÇALVES, 1992).

O processo de trabalho e seus componentes constituem categorias de análise. Portanto são abstrações teóricas por meio das quais é possível explicar certos aspectos da realidade, sendo assim necessário o seu estudo com o intuito de verificar como as mulheres são

assistidas atualmente e assim compreender a situação de saúde e como modificá-la (MOTA, SILVA; SCHRAIBER, 2004).

A saúde da mulher como área de prioridade para a Política de Saúde Pública necessita de um processo de trabalho que esteja vinculada ao Modelo de Assistência de Saúde Coletiva, pois é o Modelo Assistencial que apresenta potencial para que os profissionais desenvolvam um processo de trabalho em saúde embasado nas necessidades sociais de saúde (objeto), que tenha como finalidade o bem estar biopsicossocial do indivíduo, a qualidade de vida e a ampliação dos direitos, que faz uso do saber da saúde coletiva como instrumento de trabalho, que apresenta a concepção de saúde transcendendo o biológico e faz uso da teoria da determinação social do processo saúde-doença, a qual segundo Barata (2009):

Analisa a constituição do próprio sistema capitalista de produção e suas formas particulares de expressão nas diferentes sociedades, dando maior ênfase aos mecanismos de acumulação do capital e à distribuição de poder, prestígio e bens materiais deles decorrentes. A posição de classe e a reprodução social passam a ser vistas como os principais determinantes do perfil da saúde e doença (BARATA, 2009. p. 18).

O Modelo Assistencial de Saúde Coletiva ao fazer uso da teoria da determinação social do processo saúde-doença possibilita a realização de um processo de trabalho que considera os impactos da estrutura social sobre a saúde, questão importante para realizar uma assistência em saúde que envolva as necessidades das mulheres.

3.3 A EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER

Proporcionar assistência de qualidade para as mulheres brasileiras sempre foi um problema na área de saúde. O direcionamento das ações de saúde pelas necessidades das mulheres começou a ter visibilidade com a Reforma Sanitária e 8ª Conferência Nacional de Saúde, pois foi sob a influência da Reforma Sanitária e dos movimentos sociais e ideológicos da década de 1980 que a concepção de saúde mudou e passou a ser entendida, segundo o Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, como:

A resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986, p.4)

A nova concepção de saúde requer que as ações em saúde garantam que as pessoas e a coletividade tenham condições de bem-estar físico, mental e social. Sendo assim, assistir a mulher significa ultrapassar o cuidado embasado apenas nas experiências reprodutivas do corpo feminino que predominavam na assistência à saúde da mulher no período de 1930-1970, e que estava associado à naturalização do processo de saúde-doença e por isso possibilitava o desenvolvimento de um processo de trabalho em saúde baseado nas especificidades biológicas e no papel social da mulher como mãe, doméstica e cuidadora da família. (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011).

O período de 1930-1970 foi o momento do predomínio dos Modelos Campanhistas e Hospitalocêntrico, que possibilitaram um processo de trabalho que tinha como finalidade a cura e que estava direcionado para a doença. A partir de 1970, a atenção à Saúde da Mulher seguiu o mesmo direcionamento do Modelo Hospitalocêntrico: passou-se a manipular o corpo feminino em detrimento do controle das altas taxas de natalidade e mortalidade (BUSTORFF, 2010; FREITAS et al. 2009)

No início de 1970, com a luta pela democratização do regime político e as reivindicações do movimento sanitário relativas ao acesso e à melhoria dos serviços de saúde, as mulheres e a abordagem de gênero saíram do espaço privado e alcançaram a discussão política (FARAH, 2004). O movimento pela reforma sanitária possibilitou um ambiente propício para o aprofundamento das discussões na área da saúde, principalmente no que se refere à definição de Políticas Públicas, que contribuiu para a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983, considerado um marco na história das Políticas Públicas voltadas para a saúde das mulheres brasileiras. Nas mudanças propostas pelo PAISM, havia confluência das concepções do movimento da reforma sanitária e do movimento feminista, o que foi fundamental para modificar o entendimento do processo saúde-doença da mulher (BRASIL, 2011).

Neste momento político, o argumento do movimento de mulheres para a implementação do PAISM era embasado nas desigualdades entre os sexos, em problemas de saúde que afetavam principalmente as mulheres, de modo que criticava o modelo tradicional materno-infantil (FREITAS, 2013).

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como integralidade e equidade da atenção. Preconizava ações de saúde dirigidas para o atendimento das necessidades prioritárias das mulheres (BRASIL, 2011). Apresentava a proposta de oferta de serviços de atenção à saúde da mulher em todas as fases da vida, na perspectiva de assistência integral à saúde. Esse

programa também priorizava as ações educativas, rompia com a ideia de programa verticalizado e colocava a mulher como sujeito ativo na discussão e na formulação das Políticas Públicas (COSTA, 2005).

Na década de 1980, o PAISM propunha o desenvolvimento de ações em saúde direcionadas para o controle de doenças sexualmente transmissíveis, do câncer de colo de útero e de mama, assistência ao planejamento familiar, entre outros. Foi através dessas ações que se tentava iniciar a assistência à mulher que contemplaria as suas necessidades (CASTILHOS, 2003).

Entretanto, mesmo após a formulação do PAISM e sua implementação, até a década de 1990, as ações em saúde para a mulher continuaram voltadas aos aspectos reprodutivos, visando à redução dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil, e de doenças como câncer de mama e de colo uterino. Além disso, havia lacunas na gestão e na operacionalização do programa de planejamento familiar, no envolvimento das questões relativas ao climatério e a menopausa (CASTILHOS, 2003).

O PAISM enfrentava dificuldades decorrentes da falta de apoio do governo municipal, estadual e federal com a sua efetivação. As mudanças positivas começaram a ocorrer a partir de 1998, momento que a saúde da mulher passou a ser entendida como prioridade do governo e que ocorreu associação com a implementação do Programa Saúde da Família (PSF), cujo objetivo é reorganizar a Atenção Básica superando o Modelo Médico Hospitalocêntrico, bem como a incorporação do caráter preventivo e da promoção da saúde na assistência (FRANCO; MERHY, 2003).

A partir do ano de 2000, no plano político, as ações em saúde para a mulher foram ampliadas para a questão da violência de gênero. Mesmo assim, na prática assistencial, a atenção à saúde da mulher continuava voltava para as mulheres em idade fértil, o que denota a manutenção da ideia conservadora sobre a saúde da mulher que considera sobretudo sua capacidade reprodutiva.

É importante salientar que o PAISM não contemplava a temática da violência de gênero e a forma como apresentava seus objetivos e metas acabava restringindo as ações em saúde. Para suprir essas lacunas, associado à necessidade do Brasil em honrar os pactos dos quais era signatário, em 2004, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher foi incorporado à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM (FARAH, 2004).

O PNAISM ressalta a preocupação com a assistência à saúde que deve sobrepor o aspecto biológico e expressa que as mulheres possuem necessidades distintas a depender da

raça/etnia e classe social. Nessa perspectiva, devem ser desenvolvidas ações voltadas para as necessidades específicas de mulheres negras, do campo, indígenas e em vulnerabilidade social. Também com o PNAISM, foi proposto que a formação do profissional de saúde fosse interdisciplinar (BRASIL, 2011).

A ampliação da atenção à saúde da mulher proporcionada pelo PNAISM e as políticas públicas protetivas geraram a possibilidade de ultrapassar a tradicional assistência em saúde que cuida dos agravos físicos e emocionais, pois tentou definir medidas de prevenção dos agravos sociais e de promoção da saúde coletiva, com o propósito de garantir, na prática assistencial, a saúde integral como direito constitucional (FREITAS, 2013).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Mulher, na sua segunda reimpressão em 2011, traz a concepção de gênero associada à compreensão do processo de saúde-doença que envolve as mulheres, além disso, faz uso da teoria da determinação social do processo saúde-doença, características importantes para sobrepujar os problemas que envolvem as mulheres e que são consequentes, por exemplo, das iniquidades de gênero, de classe e econômica (FONSECA, 2005).

As mulheres não se desenvolvem a margem da sociedade, da economia, da política, da cultura e do tempo em que se encontram e tais fatores exercem influência sobre o processo de saúde-doença e precisam ser visualizadas no momento de se pensar em saúde, pois durante séculos elas foram expostas a uma assistência em saúde reducionista, voltada para o biológico e que perpetuava o sofrimento, a desigualdade e não proporcionava o envolvimento das necessidades sociais de saúde, do meio e das relações sociais e isso atuou de forma a penalizá-las (SAFFIOTI, 2004).

Refletir sobre a saúde da mulher requer pensar na questão de gênero e entender as relações de gênero e assim compreender como as relações entre homem-homem, homem-mulher e mulher-mulher podem interferir no processo de saúde-doença, uma vez que é a partir delas que o meio em que as mulheres vivem é produzido, sendo isso de suma importância para o desenvolvimento de uma assistência holística e integral. Logo a compreensão de que a mulher está inserida em uma sociedade machista, que proporciona situações de desigualdades que são aceitas como natural e que inferem sobre o processo de saúde-doença da mulher é importante para a identificação das necessidades sociais de saúde (SAFFIOTI, 2004).

O envolvimento da questão de gênero na assistência em saúde possibilitará a compreensão por parte dos profissionais de que homens e mulheres possuem padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte, e o entendimento da necessidade de um processo de trabalho que envolva as relações de gênero.

3.4 ANÁLISE DE AGRUPAMENTO

A Análise de Agrupamento (AA) é um método multivariado de avaliação subjetiva, é uma técnica estatística utilizada com o propósito de separar objetos em grupos diferentes, através de uma variedade de técnicas e algoritmos. Essa técnica realiza os agrupamentos por meio da análise de mais de uma característica, sendo assim utilizado o conceito sofisticado de semelhança e um método científico (ALBUQUERQUE, 2005; GAN; MA; WU, 2007).

A AA é útil para propor um esquema de classificação que agrupe objetos em G grupos, isso ao analisar uma amostra de n objetos, cada um medido segundo p variáveis. Logo, de forma sucinta, a AA pode ser apresentada nas seguintes etapas: definição de objetivos, critérios, escolhas de variáveis, objetos; coleta e tratamento dos dados; escolha de critérios de similaridade ou dissimilaridade (parecença); adoção e execução de um algoritmo de AA; apresentação dos resultados, avaliação e interpretação dos mesmos. Sendo válido ressaltar que as etapas são dependentes (BUSSAB; MIAZAKI; ANDRADE, 1990; GAN; MA; WU, 2007).

Nesta pesquisa, a AA foi utilizada com o propósito de investigar de forma exploratória o processo de trabalho desenvolvido na Atenção Básica (AB) e qual o Modelo Assistencial de Saúde a que ele se referia. Para tanto, foi utilizado um questionário que permitiu a identificação dos elementos do processo de trabalho que orientava a prática dos profissionais. As variáveis utilizadas foram as repostas, e os objetos eram os indivíduos. Logo, foram agrupados enfermeiros, médicos e odontólogos em função das condutas que cada profissional afirmava realizar.

O parágrafo acima tratou de explicar as duas primeiras etapas da AA, após isso o importante é a aplicação adequada das medidas de similaridade ou dissimilaridade que são utilizadas para determinar a semelhança entre os profissionais.

Uma vez realizada a AA, os resultados podem ser apresentados através de uma tabela resumo que contém os agrupamentos e em que nível de similaridade ocorreu o agrupamento. Outra forma comum de apresentação é o dendograma, que é um gráfico em forma de árvore, útil para mostrar o nível de semelhança e verificar quais grupos podem ser considerados próximos (BUSSAB; MIAZAKI; ANDRADE, 1990; ALBUQUERQUE, 2005).

Até o momento foi realizada uma explanação superficial sobre a AA, a seguir será feita uma apresentação mais profunda dos pontos considerados importantes para a realização da análise.

3.4.1 Medidas de Dissimilaridade e Similaridade

A técnica da AA necessita de uma métrica que avalie a semelhança entre dois objetos, a mesma pode ser uma medida de similaridade ou dissimilaridade. A medida de similaridade informa o quanto os objetos são semelhantes ou próximos. Deste modo, quanto maior for o valor observado mais semelhantes são os objetos, enquanto na dissimilaridade quanto maior for o valor obtido, mais distantes (mais dissimilares) são os objetos. Um exemplo de medida de similaridade é o coeficiente de correlação (GAN; MA; WU, 2007).

A maioria dos algoritmos empregados na análise de AA fazem uso das medidas de dissimilaridade que podem ser transformadas para similaridade. Existem inúmeras medidas de similaridade e dissimilaridade, cada uma delas adequadas a uma determinada situação.

Na escolha da medida de semelhança, o primeiro passo é determinar o tipo de variável (quantitativa, qualitativa nominal, qualitativa ordinal ou mista) que será utilizada na AA e depois escolher a medida mais adequada para a variável que irá mensurar a semelhança entre os objetos (STRUYP; HUBERT; ROUSSEUW; 1997).

O tipo de variável é determinado segunda sua escala de mensuração, ou seja, uma variável qualitativa nominal pode ser dicotômica quando há apenas duas categorias ou uma escala com mais de duas categorias.

A variável qualitativa ordinal é mensurada com uma escala que retrata a ordem ou ranking, mas não a distância entre os objetos. Por exemplo, uma variável pode classificar dez tipos de atividades de sala de aula do mais para o menos interessante (de 1 a 10). A atividade mais interessante seria primeiro, seguido pelo segundo, terceiro, e assim por diante (de forma sensata, escalas ordinais são mais frequentemente expressas como números ordinais).

As variáveis qualitativas por sua vez podem ser mensuradas por uma escala intervalar ou de razão. A escala intervalar é capaz de determinar a ordem dos objetos avaliados, e a distância entre eles. Assim, a distância entre as pontuações 50, 51, 52, 53 e assim por diante estão todas assumido ser a mesma ao longo de toda a escala. Escalas com base em itens do tipo Likert também são comumente tratadas como escalas intervalares. Já as escalas de razão conseguem determinar a ordem e, a distância entre os objetos e diferente da escala intervalar possui o valor zero e os pontos ao longo da escala fazem sentido como razões. Por exemplo, uma escala da variável idade pode assumir o valor zero, e também faz sentido pensar que quatro anos é o dobro da idade dois anos (BROWN, 1988).

Nesta pesquisa a variável utilizada foi mensurada com uma escala quantitativa de intensidade, que é a escala de Likert. Ela é um tipo de escala de resposta psicométrica usada

em questionários, sendo mais utilizada em pesquisas de opinião (VALLEJO; SANZ; BLANCO; 2003). Avaliações realizadas por meio das repostas obtidas com essa escala permite verificar o nível de concordância do respondente com uma determinada afirmação.

As escalas de Likert, ou escala somatória, retratam uma série de afirmações relacionadas com o objeto pesquisado, ou seja, representam várias assertivas sobre um assunto. Com essa escala os respondentes não apenas respondem se concordam ou não com as afirmações, mas também informam qual seu grau de concordância ou discordância. Para tanto, é atribuído um número a cada resposta, que reflete a direção da atitude do respondente em relação a cada afirmação (ALBAUM, 1997; VALLEJO; SANZ; BLANCO; 2003).

A escala de Likert, usada nesta pesquisa, é uma escala intervalar, pois a escala Likert é a soma ou média dos resultados de um conjunto de itens do tipo Likert, sendo por isso possível realizar análises descritivas como a média, o desvio padrão e a estatística inferencial (MAURER; PIERCE, 1998).

A maioria dos estudos consideram a escala Likert como ordinal, entretanto quando realizam a análise das variáveis o fazem como se a escala fosse intervalar. Isso decorre da confusão ordinal/intervalar, pois os autores usam o termo escala Likert para se referir tanto ao item Likert como as escalas de Likert (somadas ou médias dos resultados em conjuntos de itens do tipo Likert). Por exemplo, nesta pesquisa foi utilizado um questionário com um total de 264 itens do tipo Likert, divididos em 24 escalas de Likert de 11 itens cada e a avaliação da variável foi obtida com a média do resultado de um conjunto de itens Likert, logo não foi avaliado o item isoladamente, por isso nesse estudo a escala Likert é intervalar. (BAGGALEY; HULL, 1983; MAURER; PIERCE, 1998; VICKERS, 1999).

Como a variável utilizada para fazer o agrupamento foi delimitada como quantitativa, nesta pesquisa foi utilizada uma medida de similaridade para variáveis quantitativas. A seguir serão apresentadas algumas medidas de similaridade e, dentre elas tem-se a distância euclidiana quadrática que foi a utilizada na AA.

3.4.1.1 Distância Euclidiana

A Distância Euclidiana (DE) é a medida mais conhecida para indicar a dissimilaridade para dados numéricos, quantitativos e foi a utilizada nesta pesquisa.

Matematicamente falando, a distância euclidiana possibilita determinar a distância entre dois pontos x e y de um banco de dados, em um espaço de dimensão d , sendo assim a distância euclidiana entre os pontos pode ser definida segundo a equação 1:

$$d_{euc}(\mathbf{x}, \mathbf{y}) = \left[\sum_{j=1}^d (x_j - y_j)^2 \right]^{1/2} = [(\mathbf{x} - \mathbf{y})(\mathbf{x} - \mathbf{y})^T]^{1/2} \quad (1)$$

onde: d é a distância entre os vetores $\mathbf{x}$ e $\mathbf{y}$

$\mathbf{x} = (x_1, \dots, x_d)$ $\mathbf{y} = (y_1, \dots, y_d)$ em que x_j e y_j é o j ésimo atributo de $\mathbf{x}$ e $\mathbf{y}$

Uma derivação da DE é a Distância Euclidiana Média (DEM), que é apresentada na equação 2, na qual a soma das medidas ao quadrado é dividida pelo número de coordenadas envolvidas, isto é:

$$d_{eucm}(\mathbf{x}, \mathbf{y}) = \left[\sum ((x_j - y_j)^2 / p) \right]^{1/2} \quad (2)$$

onde p é o número de coordenadas ou variáveis avaliadas.

A DEM é útil na ausência de dados ou informações de algumas coordenadas (*missing values*), pois permite acumular evidências empíricas sobre níveis de proximidade, e assim possibilita a realização do agrupamento mesmo na falta de algumas coordenadas, as quais serão substituídas pela média obtida para a variável do agrupamento. (BUSSAB; MIAZAKI; ANDRADE, 1990).

A distância euclidiana quadrática é outra derivação da DE é uma medida de dissimilaridade obtida com a soma dos quadrados das diferenças sem calcular a raiz quadrática, o que acelera sensivelmente o tempo de computação e é a distância recomendada para os métodos de agrupamento centroide e de Ward (KUIPER; FISHER, 1975).

A distância euclidiana quadrática pode ser definida segundo Gan, Ma e Wu, (2007) como:

$$d_{seuc}(\mathbf{x}, \mathbf{y}) = d_{euc}(\mathbf{x}, \mathbf{y})^2 = \sum_{j=1}^d (x_j - y_j)^2 = (\mathbf{x} - \mathbf{y})(\mathbf{x} - \mathbf{y})^T \quad (3)$$

A distância euclidiana quadrática é uma das métricas utilizada para agrupamento que está implantada no *software R*, questão essa que facilitou a sua utilização.

Uma vez determina a métrica que será utilizada na AA é o momento de delimitar qual método de agrupamento melhor possibilitará o alcance dos objetivos de uma determinada pesquisa.

3.4.2 Método hierárquico de agrupamento

A definição formal de agrupamento facilita a criação de algoritmos para encontrá-los. Ela envolve uma série de conceitos pessoais que nem sempre são aceitos, mas que apresentam a mesma base para a sua realização, que é a ideia de coesão interna dos objetos e isolamento externo entre os grupos, sendo importante ressaltar que tais ideias podem ser medidas de formas diferentes, segundo cada autor, por isso a existência de um grande número de algoritmos para realizar o agrupamento.

Os agrupamentos podem ser classificados em hierárquicos - os objetos são classificados em grupos, em diferentes etapas, produzindo uma árvore de classificação- e não hierárquicos - não envolve um processo de construção em árvore, pois designam objetos a agrupamentos de acordo com o número de grupos que se deseja formar- (EVERITT, 2005; BUSSAB; MIAZAKI; ANDRADE, 1990).

As técnicas hierárquicas podem ser subdivididas em aglomerativas, onde ocorrem fusões sucessivas dos n objetos, sendo assim obtidos $n-1$, $n-2$, ..., $n-x$ grupos, até reunir todos os objetos em um único grupo, e divisivas que partem de um único grupo e por divisões sucessivas vão sendo obtidos novos grupos (GAN; MA; WU, 2007).

Os métodos hierárquicos aglomerativos podem ser subdivididos, por exemplo, em métodos de ligação simples, métodos de ligação completa, método de Ward e o método do centroide.

3.4.2.1 Método hierárquico aglomerativo de Ward

O método de Ward é um processo de agrupamento hierárquico que pretende formar as partições $P_n, P_{n-1}, \dots, P_1$ com o propósito de minimizar a perda de informação associada a cada agrupamento. Geralmente, a perda de informação é quantificada em termos da Soma do

Quadrado dos Erros (SQE) e, por isso, o método de Ward também é referido como o “método da variação mínima” (GAN; MA; WU, 2007).

No método de Ward, a seleção de qual par de grupos será combinado é baseada em qual combinação de agrupamentos minimiza a soma interna de quadrados dos erros no conjunto completo de agrupamentos separados ou disjuntos. Em cada passo, os dois grupos combinados são aqueles que minimizam o aumento na soma total de quadrados em todas as variáveis, em todos os grupos. Logo, é através da menor variação verificada com a realização da SQE que serão determinados os agrupamentos no método de Ward, e isso será demonstrado adiante (HAIR et al, 2009).

Dado um conjunto de pontos de dados C , a SQE associada a C é dada pela equação abaixo (GAN; MA; WU, 2007):

$$SQE(C) = \sum_{x \in C} (x - \mu(C))(x - \mu(C))^T \quad (4)$$

onde $\mu(C)$ é a média de C , isto é :

$$\mu(C) = \frac{1}{|C|} \sum_{x \in C} x \quad (5)$$

Suponha que tenhamos k grupos $C_1, C_2, \dots, C_x$ em um nível de agrupamento . Então a perda de informação é formada pela soma dos SQE dada pela equação abaixo:

$$SQE = \sum_{i=1}^k SQE(C_i) \quad (6)$$

que é a soma do SQE dentro do grupo.

Em cada etapa do método de Ward, a união de cada par possível de grupos é considerada e dois grupos cuja função resulta no aumento mínimo de perda de informação são agrupados (GAN; MA; WU, 2007).

É importante ressaltar que por se tratar de um método hierárquico, em um determinado momento, todos os elementos serão agrupados, pois esse método parte de momento em que cada elemento é um grupo e termina quando todos os elementos estão em um único grupo. A

determinação de quais agrupamentos serão considerados adequados para a pesquisa, ou até que ponto será considerado o agrupamento, fica a critério do pesquisador e o mesmo deve primar pelo critério de máxima homogeneidade interna e máxima heterogeneidade externa. É importante ressaltar que o pesquisador também deve considerar as informações obtidas com os agrupamentos formados para assim verificar se eles são válidos ou não (HAIR et al, 2009).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo foi do tipo descritivo, exploratório com abordagem quantitativa, para assim compreender o processo de trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde para as mulheres, na Atenção Básica de João Pessoa.

4.2 CENÁRIO DE ESTUDO

O cenário de estudo foi composto pelos cinco Distritos Sanitários de Saúde de João Pessoa.

Foi investigado o processo de trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde para a mulher na Atenção Básica do município de João Pessoa, capital da Paraíba, que segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) possui uma área de 211km² sendo ocupada por 723.515 habitantes, dos quais 53,31% são mulheres e 46,69% são homens, em que a maioria da população é constituída por jovens na faixa etária de 15 a 39 anos (44,38%), ou seja, um público em pleno desenvolvimento.

O município é constituído por 64 bairros, dos quais 88,3% estão cobertos pelas ações da Estratégia de Saúde da Família (ESF), através das 180 equipes multiprofissionais, que estão distribuídas em 125 Unidades de Saúde da Família e esta última em cinco Distritos Sanitários de Saúde, os quais compõe a rede de assistência municipal de saúde junto com os cinco Centros de Saúde (UBS), os três Centros de Atendimento Integrado em Saúde (CAIS), os três Centros de Atenção Psico-Social (CAPS), um laboratório central do Município, um Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso, um Centro de Testagem e Aconselhamento – DST/AIDS, três Centros de Especialidades odontológicas (CEO) e quatro Hospitais Municipais (Santa Isabel, Valentina, Maternidade Cândida Vargas, Complexo Hospitalar Governador Tarcísio Burity (Ortotrauma) (JOÃO PESSOA, 2010).

Essa rede municipal de saúde tem o objetivo de assistir de forma integral a população, por meio da coerência entre a política de gestão do trabalho e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e por isso prevê a construção de estratégias que viabilizem a relação entre gestores, trabalhadores e usuários do SUS e consequentemente colaborem com a reorganização do processo de trabalho.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta pelos médicos, enfermeiros e odontólogos que atuavam na área assistencial, nas USF de João Pessoa, o que corresponde a 646 profissionais, mediante as informações disponibilizadas pelo setor de recursos humanos dos cinco Distritos Sanitários e da Secretaria de Saúde Municipal em 2013.

A amostra foi obtida através de uma amostragem estratificada por Distrito e pela categoria profissional (enfermeiro, médico, odontólogo), sendo utilizada uma margem de erro de 0,05, nível de confiança de 95% e $p=0,5$ (pior situação possível) e assim verificou-se que a amostra seria de 242 profissionais distribuídos como apresentado na tabela 1.

Tabela 1 - Apresentação do resultado amostral após estratificações. João Pessoa – PB, 2014

Distrito Sanitário	Categoria profissional	Amostra	Questionários coletados	Faltas
I	Enfermeiro	20	14	6
	Médico	18	13	5
	Odontólogo	18	15	3
II	Enfermeiro	16	13	3
	Médico	13	11	2
	Odontólogo	15	13	2
III	Enfermeiro	24	20	4
	Médico	24	16	8
	Odontólogo	21	20	1
IV	Enfermeiro	17	15	2
	Médico	16	12	4
	Odontólogo	15	12	3
V	Enfermeiro	11	10	1
	Médico	8	8	0
	Odontólogo	12	12	0

Critérios de exclusão:

- Profissionais sem vínculo empregatício com a prefeitura;

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados através de um questionário com perguntas fechadas. Essa técnica de coleta possibilitou o envolvimento de um número amplo de profissionais, os quais não foram expostos às opiniões e aos aspectos pessoais do entrevistador, além de garantir o anonimato das respostas, sendo por isso a técnica de escolha para esta pesquisa.

O questionário apresentava dois grupos de questões, sendo as questões do grupo “Conhecendo o processo de trabalho”, as utilizadas para realizar a análise de agrupamento, uma vez que as ações que foram elencadas como possíveis respostas as situações problemas, permitiram identificar os elementos do processo de trabalho.

É importante salientar que após o questionário ser respondido, algumas questões tiveram as suas escalas invertidas para que os valores das escalas, independentemente da questão analisada, refletissem a mesma coisa, ou seja, que quanto mais próximo de zero fosse a resposta, mais associada ao Modelo Hospitalocêntrico estava a conduta do profissional. Consequentemente, quanto mais próximo de dez estivesse a resposta do profissional, mais associado estava ao Modelo de Saúde Coletiva.

Os elementos do processo de trabalho são três: objeto, finalidade e instrumento e variam de acordo com o Modelo de Saúde, como foi apresentado no quadro 1. O Modelo Hospitalocêntrico apresenta como objeto do processo de trabalho os problemas de saúde (risco, agravos, doenças e mortes) que são demandados pelo indivíduo assistido, tem como finalidade a cura da doença dos indivíduos e faz uso principalmente do saber tradicional da biologia, possibilitando ações embasadas na tendência biologicista, pressupondo que o problema de saúde tem uma natureza puramente biológica, causada por agentes biológicos e que é unicausal, sendo assim não está associada à condição social, econômica, geográfica e familiar (NOVAES, 1997; PAIM, 2006).

Segundo Paim (2006), o Modelo de Saúde Coletiva tem como objeto do processo de trabalho as necessidades sociais de saúde, as quais não se limitam na demanda, nas “necessidades sentidas”, “nas necessidades médicas”, nas “necessidades de serviços de saúde”, ou nas doenças, carências, riscos e sofrimento e assim compreendem as condições necessárias para o gozo da saúde, incluindo os determinantes sociais, e por isso requer instrumentos de trabalho provenientes de outros saberes como a sociologia, a economia, a antropologia, a política, a ecologia, entre outros, que devem ser associados ao conhecimento de saúde - sendo a associação desses saberes conhecida como o saber de saúde coletiva- e proporcionar ações inter ou transdisciplinares que devem possibilitar a ampliação dos direitos

individuais e coletivos, o que é possível quando realizado, por exemplo, o empoderamento da mulher, a identificação das necessidades, a ampliação dos direitos, a garantia da continuidade do cuidar mesmo que seja necessária a relação com instituições que não sejam da saúde.

Quadro 1 - Elementos do processo de trabalho de acordo com o modelo assistencial. (PAIM, 2006)

Elementos	Modelo Hospitalocêntrico	Modelo de Saúde coletiva
Objeto	Problemas de Saúde (riscos, doenças, agravos)	Necessidades sociais de saúde englobando os problemas
Finalidade	A Cura das doenças	Ampliar direitos englobando a cura das doenças
Instrumento	Saber tradicional da biologia	Saber da Saúde Coletiva que envolve todas as áreas relacionadas com a existência humana

Mediante a análise dos elementos do processo de trabalho foi possível identificar se o processo de trabalho da equipe estava mais relacionado ao Modelo de Saúde Coletiva ou ao Modelo Hospitalocêntrico.

A primeira parte do questionário foi utilizada para traçar o perfil dos profissionais considerando os elementos do processo de trabalho e o Modelo de Saúde relacionado.

4.5 COLETA DOS DADOS

Os locais de coleta de dados foram determinados através do sorteio das Unidades de Saúde da Família, as quais apresentavam uma equipe multiprofissional que apresentava como profissional de nível superior um enfermeiro, um médico e um odontólogo, de cada unidade foram envolvidos os três profissionais.

Os dados foram coletados no período de setembro de 2013 a dezembro de 2013 nas Unidades de Saúde da Família por meio da aplicação dos questionários com os profissionais da área assistencial que se encontravam no local. Cada unidade foi visitada no mínimo três vezes para que ocorresse a aplicação do questionário, sendo assim possível coletar 204 questionários (Tabela 1).

O envolvimento da amostra de 242 profissionais não foi possível, mesmo com a realização de seis visitas a cada unidade. Os profissionais sempre referiam estar ocupados e impossibilitados de responder ao questionário. E quando as visitas eram agendadas, com

antecedência, na maioria dos casos quando chegava-se às unidades o profissional não se encontrava, pois teve algo urgente para resolver. Além disso, uma alta parcela de profissionais não quis fazer parte da pesquisa e por isso ao final da coleta observou-se um déficit de 15,70% (38 profissionais) e o erro amostral passou a ser de 0,052 isso para uma proporção de 0,5.

É importante ressaltar que o envolvimento dos médicos nessa pesquisa foi difícil, pois eles entendiam a pesquisa como algo ruim para a sua atividade diária e que era uma perda de tempo.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada com a Análise de Agrupamento e para tanto utilizou-se a métrica Euclidiana Quadrática, uma vez que esta medida de dissimilaridade apresentava uma melhor associação ao método de agrupamento de Ward e porque ao utilizar a distância de Manhattan os valores obtidos se distanciavam mais dos valores brutos do que quando utilizou-se a distância Euclidiana Quadrática

A Distância Euclidiana Quadrática possibilitou a menor perda de informação no momento de mensurar a distância entre os profissionais, e também era a mais adequada para atender o objetivo do agrupamento. Além disso, nesta pesquisa o banco de dados não apresentou ausência de valores, sendo assim a utilização da Distância Euclidiana Média foi descartada.

O método utilizado para realizar o agrupamento foi o método de Ward. O conjunto de k agrupamentos produzidos pelo método de Ward pode não proporcionar o SQE mínimo possível sobre todos os conjuntos possíveis de k agrupamentos formados a partir dos objetos. Entretanto, o método de Ward produz as melhores aproximações dentre os métodos que já foram analisados, sendo por isso o método de escolha para a AA (GAN; MA; WU, 2007).

Para realizar a AA foi necessário construído um banco em uma planilha eletrônica do Excel, bem como determinar os escores médios para as três dimensões de investigação que são Objeto, Finalidade e Instrumento utilizando a escala de likert intervalar, pois ao realizar AA com o item likert, ou seja, considerando a escala ordinal não foi possível obter agrupamentos distintos para cada categoria profissional, pois a variação nas repostas dos profissionais que eram agrupados era alta e isso dificultou a delimitação de uma relação entre profissionais agrupados, bem como grupos distintos e a delimitação dos elementos do processo de trabalho.

Os escores para cada categoria profissional eram compostos por 8 questões (Quadro 2), foram determinados segundo a equação (7), e variam de 0 a 10, quanto mais próximo de 10 for o escore mais direcionado ao Modelo de Saúde Coletiva estava o elemento. Consequentemente, quanto mais próximo de 0 estivesse o escore mais relacionado estava ao Modelo de Saúde Pública.

$$e_t = \sum_{i=1}^d a_{id} / 8 \quad (7)$$

Na equação (7) e é o valor do escore médio, a corresponde à nota que cada profissional atribuiu quanto à conduta apresentada, t é a dimensão que se está analisando (objeto, finalidade, instrumento).

Quadro 2 - As questões envolvidas na investigação de cada dimensão para as enfermeiras, os médicos e os odontólogos

Dimensões	Questões
Objeto do processo de trabalho	19 a 26
Instrumento do processo de trabalho	27 a 34
Finalidade do processo de trabalho	35 a 42

A planilha foi processada com o *software R* para realização da Análise de Agrupamento (com o método de Ward e a métrica Euclidiana Quadrada) e posterior realização do teste de comparações múltiplas para determinar se os grupos obtidos na AA são estatisticamente distintos.

Uma vez determinado os escores e obtidos os agrupamentos foi realizado o teste de normalidade de Lilliefors para verificar se os dados apresentavam distribuição aproximadamente normal para assim utilizar um teste de comparações múltiplas paramétrico. O teste de normalidade mostrou os dados com uma distribuição não normal ($p\text{-valor} < 0,05$). Em detrimento disso, para verificar se os grupos da AA eram semelhantes foram realizados os testes não paramétricos de Mann Whitney (para dois grupos) e de Kruskal-Wallis (para 3 grupos ou mais).

O teste de Kruskal-Wallis quando significativo ($p\text{-valor} < 0,05$) informa que pelo menos um dos grupos é distinto dos demais, por isso que nos casos onde ele foi significativo realizou em seguida o teste de comparações múltiplas para Kruskal-Wallis disponível no

software R para verificar quais grupos eram estatisticamente diferentes, o que era demonstrado quando a diferença entre os grupos era superior ao valor crítico.

Na análise dos grupos obtidos com a Análise de Agrupamento considerou-se que quando o escore médio do grupo pertencer ao intervalo [0;3,33] o elemento do processo de trabalho está mais relacionado ao Modelo Hospitalocêntrico; quando estiver contido no intervalo de]3,33, 6,66] significa que o elemento está relacionado tanto ao Modelo Assistencial de Saúde Coletiva quanto ao Modelo Hospitalocêntrico, ou seja, em algumas condutas o profissional faz uso do elemento do Modelo Hospitalocêntrico e em outras faz uso do elemento do Modelo Assistencial de Saúde Coletiva. E quando o escore médio faz parte do intervalo]6,66;10] o elemento do processo de trabalho está mais relacionado ao Modelo de Saúde Coletiva.

É importante salientar que em alguns casos o escore médio pertence ao intervalo]3,33, 6,66] e o seu valor está próximo do limite 6,66 ou 3,33. Nesses casos, o grupo continua sendo intermediário, mas quando o escore está próximo de 6,66 significa que o profissional na maioria das condutas faz uso do elemento do Modelo Assistencial de Saúde Coletiva em detrimento do Modelo Hospitalocêntrico. Sendo assim tem-se um grupo intermediário com tendência ao Modelo de Saúde Coletiva. Já quando o escore médio pertence ao intervalo intermediário e está próximo do limite inferior significa que a maioria das ações que o profissional realiza está relacionada ao elemento do Modelo Hospitalocêntrico. Nesse caso o grupo é intermediário com tendência ao Modelo Hospitalocêntrico.

A análise de agrupamento foi o modelo de tomada de decisão dessa pesquisa, uma vez que permitiu identificar, a partir da avaliação dos elementos do processo de trabalho dos profissionais, qual ou quais modelos de saúde os processos de trabalho em saúde para a mulher estavam mais relacionados e assim constatar os possíveis problemas que não possibilitam uma assistência integral para a mulher e então traçar meios para proporcionar um processo de trabalho adequado para as mulheres.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Em atendimento aos critérios estabelecidos através da Resolução 466/12 de 12 de Dezembro de 2012, que regulamenta a pesquisa em seres humanos, no estudo, foi mantido o sigilo e o anonimato dos dados da pesquisa que poderão identificar os profissionais (BRASIL, 2012a).

As etapas operacionais da pesquisa foram obtenção da autorização da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa/PB, com posterior submissão do projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde e aprovação, CAAE: 1867741313.1.0000.5188.

5. RESULTADOS

5.1 PERFIL DOS PROFISSIONAIS ASSISTENCIAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

Com o propósito de compreender o processo de trabalho com foco na saúde da mulher que estava sendo desenvolvido na Atenção Básica de João Pessoa, foi investigado o processo de trabalho de 204 profissionais da área assistencial, de nível superior, que atuavam nas Unidades de Saúde da Família (USF), nos cinco Distritos Sanitários de João Pessoa.

Os profissionais envolvidos nesta pesquisa foram 72 enfermeiras, 60 médicos e 72 odontólogos. Uma avaliação preliminar dos dados coletados possibilitou constatar que quanto ao profissional enfermeiro (a) tem-se predominância do sexo feminino (97,22%), que 62,5% dos profissionais eram casados e que cerca de 30% dos enfermeiros apresentavam idade entre 40 e 50 anos (Tabela 2).

A formação acadêmica dos enfermeiros (as) também foi avaliada sendo possível verificar que eles (as) levaram em média 3,95 anos para se graduarem, que a década de maior predominância de finalização da graduação foi a de 1980 (40%), que 93% dos profissionais eram especialistas, sendo importante mencionar que 94% das especializações eram em Saúde Pública ou Saúde coletiva ou Saúde da Família. Apenas 2,78% dos profissionais eram mestres e nenhum era doutor (Tabela 3).

Outra característica avaliada foi o tempo de atuação na AB, a qual mostrou as enfermeiras trabalhando em média 15 anos nessa área, que 73,61% o faziam de forma exclusiva e que 50% das enfermeiras estavam atuando a mais de 14 anos. Entretanto, mesmo verificando esse elevado tempo de trabalho na AB, apenas 29,17% das enfermeiras informaram ter realizado capacitações relacionadas ao Modelo de Saúde Coletiva e ao processo de trabalho que esse modelo requer e só 15,28% dos profissionais realizaram educação permanente associada à questão de gênero (Tabela 4).

Os médicos também passaram por essa avaliação preliminar, sendo possível constatar que ocorre maior presença do sexo feminino (73,33%), que 48,33% dos profissionais eram casados e que a maioria deles (28,33%) tinham idade entre 25 e 30 anos. Quanto à formação profissional, a maioria se formou na década de 2000, os médicos levaram em média 5,5 anos para formarem-se, 60% deles eram especialistas, sendo que 55,56% das especializações eram em Saúde Pública ou Saúde Coletiva ou Saúde da Família, 6,67% eram mestres e nenhum médico que fez parte da pesquisa era doutor (Tabela 2 e 3).

Em relação à atuação dos médicos, 50% deles trabalhavam há mais de oito anos e de forma exclusiva, mas só 23,33% já realizaram capacitações relacionadas aos Modelo de Saúde e aos processos de trabalho e apenas 10% deles informaram ter participado de educação permanente associada à questão de gênero (Tabela 4).

A última categoria profissional a ser analisada foi a dos odontólogos. Nela 83,33% dos profissionais eram do sexo feminino, 27,78% tinham idade entre 40 e 50 anos e 50% deles eram casados. Ao avaliar a formação acadêmica constatou-se que os odontólogos levaram em média 4,15 anos para terminar a graduação, que 34,72% graduaram-se na década de 1980 e que 93,05% fizeram em universidade pública. Verificou-se também que a formação acadêmica não ficou restrita à graduação, pois 76,39% deles eram especialistas; 2,78% Mestres e 1,39% possuía o título de Doutor. É importante mencionar que 74,54% das especializações estavam relacionadas à Saúde Coletiva ou à Saúde da Família (Tabela 2 e 3).

Os odontólogos atuaram na Atenção Básica em média a 13,43 anos e 50% deles o fazem há mais de 10 anos, 68,05% não exercem outra atividade profissional, 19,45% informaram ter participado de capacitações relacionadas aos processos de trabalho e Modelo de Saúde, mas só 2,78% relataram ter participado de educação permanente relacionada à questão de gênero (Tabela 4).

Tabela 2 - Perfil social dos profissionais da Atenção Básica de João Pessoa João Pessoa – PB, 2014

Variáveis		Enfermeiras (n=72)		Médicos (n=60)		Odontólogos (n=72)	
		f	%	F	%	F	%
Sexo	Feminino	70	97,22	44	73,33	60	83,33
	Masculino	2	2,78	16	26,67	12	17,67
Faixa etária	25 a 30	7	9,72	17	28,33	15	20,83
	30 a 40	16	22,22	9	15	11	15,27
	40 a 50	25	34,72	10	16,67	19	27,78
	50 a 60	19	26,39	9	15	29	26,39
	60 e mais	5	6,94	15	25	8	11,11
Estado civil	Solteira	14	19,44	15	25	14	19,44
	Casada	45	62,5	29	48,33	36	50
	União	0	0	1	1,67	2	2,78
	Estável	0	0	1	1,67	2	2,78
	Divorciada	6	8,33	12	20	12	16,67
	Viúva	7	9,72	3	5	8	11,11

Tabela 3 - Perfil acadêmico dos profissionais da Atenção Básica de João Pessoa. João Pessoa – PB, 2014

Variáveis		Enfermeiras		Médicos		Odontólogos	
		F	%	F	%	f	%
Tempo médio da graduação (anos)		3,95		5,5		4,15	
Década da graduação	1970	2	2,78	15	25	13	18,05
	1980	30	41,67	14	23,33	25	34,72
	1990	24	33,33	4	6,67	12	16,67
	2000	16	22,22	27	45	22	30,55
Instituição da graduação	Pública	48	66,67	51	85	67	93,05
	Privada	24	33,33	9	15	5	6,95
Especialização	Sim	67	93,06	36	60	55	76,39
	Não	5	6,94	24	40	17	23,61
Mestrado	Sim	2	2,78	4	6,67	2	2,78
	Não	70	97,22	56	93,33	70	97,22
Doutorado	Sim	0	0	0	0	1	1,39
	Não	72	100	60	100	71	98,61

Tabela 4 - Perfil dos enfermeiros, médicos e odontólogos quanto a qualificação profissional. João Pessoa – PB, 2014

Variáveis		Enfermeiras		Médicos		Odontólogos	
		F	%	F	%	f	%
Capacitações ¹	Sim	21	29,17	14	23,33	14	19,45
	Não	51	70,83	46	76,67	58	80,55
Educação Permanente ²	Sim	11	15,28	6	10	2	2,78
	Não	61	84,72	54	90	70	97,22

¹Capacitações relacionadas ao Modelo de Saúde Coletiva e ao processo de trabalho que a mesma requer proporcionada pela Secretaria Municipal de Saúde; ²Educação Permanente que envolva a questão de gênero disponibilizada pela Secretaria Municipal da Saúde.

5.2 O PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

Nesta seção será apresentada a avaliação dos processos de trabalho dos enfermeiros, médicos e odontólogos da Atenção Básica de João Pessoa, por meio da Análise de Agrupamento (AA) com o método de Ward e a métrica euclidiana, sendo assim possível a identificação dos elementos dos processos de trabalho e a sua associação com o Modelo de Saúde Coletiva ou Hospitalocêntrico.

A Análise de Agrupamento a princípio foi desenvolvida com as três dimensões da pesquisa (objeto, instrumento e finalidade), entretanto não foi possível identificar os elementos do processo de trabalho nos agrupamentos, isso foi consequência da não delimitação de uma estrutura inerente aos dados coletados. Situação essa que era necessária para que fosse possível a formação de grupos distintos com elementos do processo de trabalho diferentes e possíveis de identificação, mas quando essa estrutura não foi identificada a AA para as três dimensões, não foi adequada para a proposta da pesquisa. Em decorrência disso realizou-se a AA por dimensão.

Essa situação expôs a falta de ligação entre os elementos do processo de trabalho e foi um indício de que os profissionais estão fazendo uso de elementos de modelos de saúde distintos no seu processo de trabalho para assistir a mulher e isso foi constatado com os resultados da análise de agrupamento por dimensão que foram apresentadas nas Tabela 15, 21 e 26.

5.2.1 Escolha do método de agrupamento

Atualmente existe uma variedade de algoritmos de agrupamento o que dificulta a decisão de qual algoritmo utilizar. Além disso, a determinação do número de grupos que são mais apropriados para os dados é uma decisão complicada. Idealmente, os aglomerados resultantes devem não só ter boas propriedades estatísticas (compacto, bem separados, ligados, e estável), mas também proporcionar resultados que são relevantes para a área de estudo (BROCK et al., 2008).

A solução para essa situação nesta pesquisa foi fazer uso de medidas destinadas a validar os resultados da análise de agrupamento e assim determinar qual método de agrupamento tem o melhor desempenho para a análise do processo de trabalho mediante os dados coletados.

A validação baseou-se nas propriedades internas dos dados e fez uso do pacote de `clValid` do R, esta validação considerou o conjunto de dados e as partições de agrupamento como as informações de entrada e usou a informação intrínseca nos dados para avaliar a qualidade dos agrupamentos (ROUSSEEUW, 1987).

Com a validação interna foi possível avaliar a compacidade, conexidade e separação das partições do agrupamento. A conexidade se refere à extensão (dimensão ou tamanho) das observações que são colocadas no mesmo grupo, semelhante aos vizinhos mais próximos no espaço dos dados, e é mensurado pela conectividade. A compacidade por sua vez avalia a

homogeneidade do agrupamento, usualmente pela observação da variância intra-agrupamentos, enquanto a separação quantifica os graus de separação entre agrupamentos (usualmente medido pela distância entre os centroides dos agrupamentos) (DUNN, 1974; HANDL; KNOWLES; KELL, 2005).

A compacidade e separação demonstram tendências opostas, sendo necessário compreender que a compacidade cresce com o número de agrupamento, mas a separação diminui. Métodos populares combinam as duas medidas em um único valor. O índice de Dunn e SilhouetteWidth são ambos exemplos de combinações não lineares da compacidade e separação, e com a conectividade compõe as três medidas internas disponíveis no pacote *clValid*, que foi utilizado nesta pesquisa (ROUSSEEUW, 1987; DUNN, 1974).

É importante salientar que a conectividade será representada por um valor entre 0 e infinito e a mesma deve ser minimizada, pois quanto menor a conectividade maior a proximidade entre os objetos agrupados, já a SilhouetteWidth apresentará valores que irão variar entre -1 e 1 e deve ser maximizado, uma vez que essa medida reflete o quanto os agrupamentos são distintos (heterogêneos) ao comparar a distância entre os centroides. Por fim, o Índice de Dunn são valores que variam de 0 a infinito, e quanto maior mais homogêneo é o grupo (ROUSSEEUW, 1987; DUNN, 1974).

A validação interna foi realizada de acordo com as categorias profissionais. Para a categoria enfermagem verificou-se que o método utilizado deveria ser o Hierárquico com 2 agrupamentos, isso para as três medidas avaliadas (Conectividade, Índice de Dunn, SilhouetteWidth), pois foi o algoritmo que teve os melhores valores mediante as características analisadas (Tabela 5).

Tabela 5 - Algoritmo de agrupamento para os enfermeiros de acordo com a conectividade, homogeneidade e heterogeneidade. João Pessoa – PB, 2014

	Score	Método	Agrupamento
Conectividade	2.9290	Hierarquico	2
Dunn	0.4170	Hierárquico	2
Silhouette	0.4904	Hierárquico	2

Para a categoria medicina, o tipo de agrupamento também foi hierárquico com 2 agrupamentos, mas os dados de medicina apresentaram menor homogeneidade e heterogeneidade se comparados aos de enfermagem (Índice de Dunn e SilhouetteWidth) (Tabela 6).

Tabela 6 - Algoritmo de agrupamento para os médicos de acordo com a conectividade, homogeneidade e heterogeneidade. João Pessoa – PB, 2014

	Score	Método	Agrupamento
Conectividade	2.9290	Hierárquico	2
Dunn	0.3685	Hierárquico	2
Silhouette	0.4141	Hierárquico	2

Os odontólogos por sua vez não apresentaram um melhor método para a análise de agrupamento para as três características observadas, sendo assim optou-se por escolher o método que melhor obteve resultados quanto a conectividade, índice de Dunn e SilhouetteWidth. Logo, o método escolhido para o agrupamento foi o hierárquico com 2 agrupamentos (Tabela 7).

Tabela 7 - Algoritmo de agrupamento para os odontólogos de acordo com a conectividade, homogeneidade e heterogeneidade. João Pessoa – PB, 2014

	Score	Método	Agrupamento
Conectividade	13.6036	Hierárquico	2
Dunn	0.1698	Hierárquico	2
Silhouette	0.3806	Hierárquico	2

Uma vez determinado o tipo de agrupamento a ser utilizado, foram avaliados os métodos hierárquicos de Ward, Averagelinkage, Ligação simples, Ligação completa e Weighted, com o propósito de identificar qual produziria o maior coeficiente de aglomeração (CA) para cada dimensão da pesquisa.

O CA mede a qualidade de um agrupamento e pode assumir valores entre 0 e 1. Valores baixos do coeficiente correspondem a estruturas ruins, onde nenhum agrupamento foi encontrado, e os valores próximos de 1 representam que estruturas muito claras foram encontradas. O CA é definido como:

$$CA = \frac{1}{n} \sum_i^n 1 - d(i) \quad (8)$$

Onde n é o número total de objetos do conjunto de dados, $d(i)$ é a dissimilaridade, para cada objeto i , em relação ao primeiro agrupamento em que foi inserido, dividido pela dissimilaridade na etapa final do algoritmo.

O método de Ward foi o que apresentou o maior coeficiente aglomerativo para as três dimensões da pesquisa e isso tanto para a enfermagem, como medicina e odontologia sendo ele o método de escolha para o agrupamento (Tabela 8, 9 e 10).

Tabela 8 - Coeficiente de aglomeração do processo de trabalho das enfermeiras para as dimensões objeto, finalidade e instrumentos de acordo com o método hierárquico. João Pessoa – PB, 2014

Método	D. Objeto	D. Finalidade	D. Instrumento
Ward*	0,99	0,99	1
Average	0,98	0,98	0,99
Simples	0,97	0,97	0,98
Completa	0,99	0,99	0,99
Weighted	0,98	0,98	0,99

*Método Ward apresentou o maior coeficiente aglomerativo para as três dimensões.

Tabela 9 - Coeficiente de aglomeração do processo de trabalho dos médicos para as dimensões objeto, finalidade e instrumentos de acordo com o método hierárquico. João Pessoa – PB, 2014

Método	D. Objeto	D. Finalidade	D. Instrumento
Ward*	0,99	0,99	1
Average	0,98	0,97	0,99
Simples	0,93	0,96	0,96
Completa	0,99	0,99	0,99
Weighted	0,98	0,98	0,99

*Método Ward apresentou o maior coeficiente aglomerativo para as três dimensões.

Tabela 10 - Coeficiente de aglomeração do processo de trabalho dos odontólogos para as dimensões objeto, finalidade e instrumentos de acordo com o método hierárquico. João Pessoa – PB, 2014

Método	D. Objeto	D. Finalidade	D. Instrumento
Ward*	1	1	1
Average	0,98	0,97	0,99
Simples	0,93	0,96	0,96
Completa	0,99	0,99	0,99
Weighted	0,98	0,98	0,99

*Método Ward apresentou o maior coeficiente aglomerativo para as três dimensões.

5.2.2 O processo de trabalho da enfermagem

A dimensão objeto foi a primeira a ser analisada e possibilitou a formação de três grupos (O1, O2 e O3) distintos, pois de acordo com o resultado do teste de Kruskal-Wallis (p-valor <0,05) pelo menos um grupo é distinto dos demais, e com o teste de comparações múltiplas de Kruskal-Wallis verificou-se que os três grupos eram estatisticamente distintos um do outro, uma vez que o valor da diferença entre os grupos foi superior ao valor crítico. Além disso, ao avaliar o valor máximo e mínimo de cada grupo verifica-se que eles estão bem delimitados não ocorrendo interseção entre os grupos (Tabela 11 e 12).

Tabela 11 - Objetos do trabalho das enfermeiras mediante a Análise de Agrupamento. João Pessoa – PB, 2014

Grupo	Nº Enfermeiras	Min.	Max.	Média	D. Objeto	p-valor
O1	33	4.375	5.500	5.038	Intermediário	5.302 ^{-14*}
O2	24	5.625	8.250	6.35	Inter-MSC	
O3	15	1.250	4.125	3.433	Inter-MH	

Inter-MSC- Grupo intermediário com tendência ao Modelo de Saúde Coletiva. Inter-MH- Grupo intermediário com tendência ao Modelo Hospitalocêntrico*Teste de Kruskal-Wallis p-valor significativo.

Tabela 12 - Teste de comparações múltiplas de Kruskal-Wallis para os agrupamentos de enfermeiras. João Pessoa – PB, 2014

	Diferença	Valor crítico	Grupos diferentes
1-2	28.5	13.44102	Verdadeiro
1-3	24.0	15.60183	Verdadeiro
2-3	52.5	16.49068	Verdadeiro

De acordo com a tabela 11, os três grupos obtidos com a AA são grupos intermediários, pois o escore médio de cada grupo pertence ao intervalo de]3,33; 6,66], sendo assim as enfermeiras têm como objeto do trabalho tanto os problemas de saúde (Modelo Hospitalocêntrico), como das necessidades sociais de saúde (Modelo de Saúde Coletiva). Apesar disso, os grupos O1, O2 e O3 são distintos, porque no grupo O1 as enfermeiras fazem uso de forma equitativa do objeto do Modelo Assistencial de Saúde Coletiva e do Modelo Hospitalocêntrico, enquanto no grupo O2 a maior parte das ações desenvolvidas pelas enfermeiras têm como objeto as necessidades sociais de saúde (Modelo Assistencial de Saúde Coletiva), uma vez que o escore médio (6,35) está próximo do limite superior do intervalo que caracteriza o grupo intermediário (6,66). No grupo O3 a maior parte das ações das enfermeiras ocorrem tendo como objeto do processo de trabalho os problemas de saúde (Modelo Hospitalocêntrico), pois o escore médio desse grupo (3,433) está próximo do limite inferior do intervalo que caracteriza o grupo intermediário (3,33).

A Análise de Agrupamento, segundo a dimensão finalidade, diferente do verificado para a dimensão objeto, só proporcionou a formação de dois grupos estatisticamente distintos (p-valor<0,05) e que não apresentam interseções, como pode ser averiguado pelos valores mínimos e máximos de cada grupo (Tabela 13).

Tabela 13 - Finalidade do trabalho das enfermeiras mediante a Análise de Agrupamento. João Pessoa – PB, 2014

Grupo	Nº Enfermeiras	Min.	Max.	Média	D. Finalidade	p-valor
F1	41	2.375	5.250	4.59	Intermediário	4.271 ^{-13*}
F2	31	5.375	7.875	6.109	Inter-MSC	

Inter-MSC- Grupo intermediário com tendência ao Modelo de Saúde Coletiva; *Teste de Mann-Whitney p-valor significativo.

A avaliação do escore médio de cada grupo permitiu constatar que F1 e F2 são grupos intermediários, pois seus escores médios pertencem ao intervalo]3,33; 6,66], sendo assim as enfermeiras dos dois grupos têm como finalidade do processo de trabalho tanto a ampliação de direitos (Modelo Assistencial de Saúde Coletiva) como a cura (Modelo Hospitalocêntrico) do paciente. Esses grupos se diferenciam porque as enfermeiras do grupo F1 fazem uso da finalidade do Modelo Hospitalocêntrico e Assistencial de Saúde Coletiva de forma equitativa. Entretanto, no grupo F2, a maior parte das ações realizadas pelas enfermeiras têm a finalidade de ampliar os direitos das mulheres (Modelo Assistencial de Saúde Coletiva), pois o escore médio desse grupo (6,109) está próximo do limite superior do intervalo que caracteriza o grupo intermediário (6,66) (Tabela 13).

O instrumento do processo de trabalho foi o último elemento a ser avaliado por meio da AA e semelhante à dimensão finalidade gerou dois agrupamentos que são estatisticamente diferentes, pois no teste de Mann-Whitney o p-valor foi inferior a 0,05 (Tabela 14).

Os agrupamentos apresentados foram analisados mediante as estatísticas descritivas disponibilizadas na Tabela 14, na qual os valores mínimos e máximos mostraram que os dois grupos não apresentam interseções, logo não possuem elementos em comum, questão essa que associada ao teste de Mann-Whitney reflete a homogeneidade dos grupos e a heterogeneidade entre eles.

Tabela 14 - Instrumentos do trabalho das enfermeiras mediante a Análise de Agrupamento. João Pessoa – PB, 2014

Grupos	Nº Enfermeiras	Min.	Max.	Média	D. Instrumento	p-valor
I1	27	2.125	5.625	4.954	Intermediário	1.456 ⁻¹⁴ *
I2	45	5.875	8.750	7,003	MSC	

Inter-MS- Grupo intermediário com tendência ao Modelo de Saúde Coletiva; *Teste de Mann-Whitney p-valor significativo.

Com a análise dos valores dos escores médios obtidos para cada agrupamento foi possível constatar que as enfermeiras do grupo I2 realizam um processo de trabalho que faz uso de instrumentos mais relacionados ao saber da saúde coletiva, pois o valor médio pertence ao intervalo de]6,66 a 10], intervalo esse que caracteriza os elementos do Modelo de Saúde Coletiva.

O grupo I1 teve o instrumento do processo de trabalho oscilando entre o saber da saúde coletiva e o saber tradicional da biologia, uma vez que o valor médio pertence ao intervalo]3,33, a 6,66] e reflete a realização de ações em saúde utilizando instrumentos que estão vinculados tanto ao Modelo de Saúde Coletiva como ao Hospitalocêntrico e isso de forma equitativa.

Uma vez identificado os elementos do processo de trabalho das enfermeiras, é oportuno verificar o modelo que as enfermeiras de João Pessoa têm seguido no desenvolvido das ações em saúde. Observando a tabela 15 constata-se que o trabalho realizado pelas enfermeiras não está direcionado nem ao Modelo Assistencial de Saúde Coletiva, nem ao Modelo Hospitalocêntrico. As enfermeiras estavam associando elementos de distintos Modelos Assistenciais na sua prática assistencial e em alguns casos utilizando elementos de ambos os modelos (Modelo de Saúde Coletiva e Hospitalocêntrico), o que impossibilita a realização de um processo de trabalho articulado e adequado a um determinado Modelo Assistencial.

A análise da Tabela 15 também mostrou que apenas 11,11% (8) das enfermeiras realizavam um trabalho que estava próximo do Modelo Assistencial de Saúde Coletiva, pois esse percentual de enfermeiras foi o único em que o objeto e a finalidade, na maioria das condutas realizadas, estavam mais relacionados ao Modelo de Saúde Coletiva e que o instrumento do processo de trabalho estava direcionado ao Modelo de Saúde Coletiva. Constatou-se também que 12,50% (9) das enfermeiras têm os elementos do processo de trabalho relacionado tanto ao Modelo Hospitalocêntrico, como ao Modelo de Saúde Coletiva de forma equitativa e o que direcionamento ao Modelo Assistencial de Saúde Coletiva só ocorre no instrumento do processo de trabalho.

Tabela 15 - Os elementos do processo de trabalho das enfermeiras e o modelo de saúde a que eles estão direcionados. João Pessoa – PB, 2014

Finalidade	Instrumento	Objeto	F	%
Intermediário	Intermediário	Intermediário	9	12,5
		Inter-MH	2	2,78
		Inter-MS	4	5,56
Intermediário	MS	Intermediário	10	13,89
		Inter-MH	7	9,72
		Inter-MS	9	12,5
Inter-MS	MS	Inter-MS	8	11,11
		Inter-MH	5	6,94
		Intermediário	6	8,33
Inter-MS	Intermediário	Intermediário	8	11,11
		Inter-MH	1	13,89
		Inter-MS	3	4,167

MS- Modelo de Saúde Coletiva, MH- Modelo Hospitalocêntrico, MS-MH – Grupo Intermediário; F – Frequência de Enfermeiras.

As enfermeiras que compõem cada grupo foram avaliadas na tentativa de identificar características que podem estar influenciando na utilização de elementos de distintos Modelos Assistenciais, para tanto cada grupo foi avaliado segundo as variáveis apresentadas na tabela 16.

Tabela 16 - Perfil das enfermeiras segundo a dimensão e o agrupamento. João Pessoa – PB, 2014

Variáveis	D. Objeto						D. Instrumento				D. Finalidade			
	Inter		Inter-MSc		Inter-MH		Inter		MSc		Inter		Inter-MSc	
	F	%	F	%	f	%	f	%	f	%	F	%	F	%
Década de Graduação														
1970	0	0	2	8,3	0	0	1	3,7	1	2,22	2	4,88	0	0
1980	13	39,39	11	45,83	6	40	12	44,44	18	40	19	46,34	11	35,48
1990	10	30,3	9	37,5	5	33,33	9	33,33	15	33,33	11	26,82	13	41,93
2000	10	30,3	2	8,3	4	26,67	5	18,52	11	24,44	9	21,95	7	25,58
Instituição de Graduação														
Pública	25	75,76	14	58,33	9	60	19	70,37	29	64,44	27	65,85	21	67,74
Privada	8	25,24	10	41,67	6	40	8	29,63	16	35,56	14	34,15	10	32,23
Especialização														
Sim	30	90,90	23	95,83	14	93,33	24	88,89	43	92,56	39	95,12	28	90,32
Não	3	9,09	1	4,17	1	6,67	3	11,11	2	4,44	2	4,88	3	9,68
Capacitações														
Sim	8	24,24	11	45,83	2	13,33	6	22,22	15	33,33	10	24,39	11	35,48
Não	25	75,76	13	54,17	13	86,67	21	77,78	30	66,67	31	75,61	20	64,52
Educação Permanente														
Sim	7	21,21	2	8,3	2	13,33	3	11,11	8	17,78	4	9,76	7	22,58
Não	26	78,79	22	91,7	13	86,67	24	88,89	37	82,22	37	90,24	24	77,42
Distrito Sanitário														
I	6	18,18	5	20,83	3	20	5	18,52	9	20,00	8	19,51	6	19,35
II	7	21,21	3	12,5	3	20	7	25,92	6	13,33	7	17,07	6	19,35
III	11	33,33	6	25	3	20	9	33,33	11	24,44	12	29,27	8	25,81
IV	7	21,21	7	29,17	1	6,67	4	14,81	11	24,44	7	17,07	8	25,81
V	2	6,061	3	12,5	5	33,33	2	7,4	8	17,78	7	17,07	3	9,68
p-valor*	0,154		0,658		0,6453		0,254		0,73		0,74		0,606	

Inter- Intermediário; Inter-MSc- intermediário com tendência ao Modelo de Saúde Coletiva, Inter-MH- intermediário com tendência ao Modelo Hospitalocêntrico. *teste qui-quadrado.

A análise da tabela 16 para a dimensão objeto, com relação ao grupo intermediário, possibilitou identificar que a maioria das enfermeiras eram formadas na década de 1980; que 75,76% das enfermeiras se formaram em instituições públicas; que 90,90% possuem especialização; que apenas 24,24% realizaram capacitações relacionada ao processo de trabalho e Modelo de Saúde Coletiva; que só 21,21% realizaram educação permanente com enfoque na questão de gênero; e que o distrito de maior incidência foi o III e o de menor o V.

Com relação ao grupo intermediário com tendência ao Modelo de Saúde Coletiva, semelhante ao grupo intermediário, também apresentou o maior percentual de enfermeiras se formando na década de 1980, em universidades públicas, sendo especialistas, não realizando capacitação, não participando de educação permanente associado à questão de gênero, e diferindo do grupo intermediário o maior quantitativo de enfermeiras eram provenientes do distrito IV (Tabela 16).

Quanto ao grupo intermediário com tendência ao Modelo Hospitalocêntrico, também constatou-se que a maioria das enfermeiras se graduaram na década de 1980, em instituições públicas, que cerca de 100% das enfermeiras são especialistas, mas quando avaliado a capacitação e educação em saúde mais uma vez uma pequena parcela das enfermeiras o fizeram, a única diferença é que neste grupo ocorre a predominância de enfermeiras do distrito sanitário V e um menor quantitativo do distrito IV (Tabela 16).

Avaliando a dimensão finalidade, para o grupo intermediário constatou-se que as enfermeiras em sua maioria se formaram na década de 1980; que mais uma vez o maior percentual de formação ocorre em universidades públicas; que 95,12% são especialistas, mas que poucas tiveram acesso a capacitações relacionadas aos Modelos de Assistenciais de Saúde e os processos de trabalho, bem como a educação permanente com foco na questão de gênero; e que o distrito de maior incidência foi o III (Tabela 16).

O grupo intermediário com tendência ao Modelo de Saúde Coletiva, no geral foi semelhante ao grupo intermediário quanto às variáveis predominantes, o que mudou foi que as enfermeiras desse grupo se formaram predominantemente na década de 1990 e o maior quantitativo delas foi proveniente do distrito III e IV, sendo o menor do V (Tabela 16).

A dimensão instrumento do processo de trabalho foi a última a ser avaliada em função da formação acadêmica e qualificação profissional e mostrou que no grupo intermediário a maioria das graduações ocorreram em 1980; que a maioria das enfermeiras se formaram em instituições públicas; que cerca de 90% das enfermeiras eram especialistas, mas que só 22,22% realizaram capacitações quanto aos modelos de saúde e seus processos de trabalho, associado a isso apenas 11,11% participaram de educação em saúde com foco na questão de gênero. Esse grupo é composto principalmente por enfermeiras provenientes do distrito sanitário III (Tabela 16).

Quanto ao grupo no qual os instrumentos estavam direcionados ao Modelo Assistencial de Saúde Coletiva, 40% das enfermeiras se formaram na década de 1980, 64,44% delas o fizeram em instituições públicas, 92,56% são especialistas, apenas 33,33% e 17,78% realizaram respectivamente capacitações quanto aos Modelos de Saúde e seus processos de

trabalho e educação em saúde na temática da questão de gênero. A maioria das enfermeiras que compõem esse grupo eram do distrito III e IV (Tabela 16).

A análise dos grupos em função da década de graduação, instituição, realização de especialização, capacitação, educação permanente e do distrito sanitário que as enfermeiras estavam atuando, mostrou que independentemente do grupo analisado, o perfil predominante era sempre o mesmo, a diferença estava relacionada ao distrito de maior e menor incidência nos grupos, entretanto a diferença verificada entre os distritos é estatisticamente semelhante ($p > 0,05$) (Tabela 16).

5.2.3 Processos de trabalho dos médicos

Os médicos da Atenção Básica também foram avaliados por meio da análise de agrupamento em função das dimensões objeto, finalidade e instrumento.

A dimensão objeto foi a primeira a ser analisada sendo possível identificar que na amostra de 60 médicos existem três grupos de profissionais que atuam em consonância a objetos de trabalho distinto, tais grupos são estatisticamente diferentes, como é possível verificar na tabela 17, na qual o teste de Kruskal-Wallis foi significativo, e na tabela 18, que mostra através do teste de comparações múltiplas, que os grupos são diferentes.

Tabela 17 – Objeto do trabalho dos médicos mediante a Análise de Agrupamento. João Pessoa – PB, 2014

Grupos	Nº Médicos	Min.	Max.	Média	D. Objeto	p-valor
OM1	35	4.125	5.375	4.800	Intermediário	1.485 ^{-10*}
OM2	20	5.500	7.250	6.899	MSC	
OM3	5	2.625	3.625	3.125	MH	

MSC- Modelo de Saúde Coletiva, MH- Modelo Hospitalocêntrico; *Teste de Kruskal-Wallis p-valor significativo.

Tabela 18 - Teste de comparações múltiplas de Kruskal-Wallis para os agrupamentos de médicos. João Pessoa – PB, 2014

Grupos	Diferença entre grupos	Valor critico	Diferença
1-2	27.5	11.71933	Verdadeira
1-3	20.0	19.98855	Verdadeira
2-3	47.5	20.90453	Verdadeira

Quanto aos objetos dos processos de trabalho dos médicos, se fez presente tanto o objeto do Modelo de Saúde Coletiva (necessidades sociais de saúde) no grupo OM2, quanto o do Modelo Hospitalocêntrico (problemas de saúde) no grupo OM3. O grupo OM2 apresenta o

escore médio pertencendo ao intervalo]6,66 a 10], logo os médicos desse grupo fazem uso de forma predominante do elemento do Modelo de Saúde Coletiva.

O grupo OM3 tem a média pertencendo ao intervalo]0 a 3,33] intervalo esse que caracteriza elementos do processo de trabalho mais relacionados ao Modelo Hospitalocêntrico, sendo por isso delimitado que esse grupo tem o objeto do processo de trabalho mais relacionado aos problemas de saúde. Entretanto, um dos grupos o OM1 não tem um único objeto do trabalho, dependendo do problema apresentado pela mulher, os profissionais desse grupo podem atuar tendo como foco de suas ações tanto os problemas de saúde como as necessidades sociais de saúde das mulheres, pois a média desse grupo pertence ao intervalo]3,33 a 6,66].

A finalidade do processo de trabalho da medicina foi a dimensão analisada após o objeto do trabalho ser delimitado, nesse caso foram identificados dois grupos. Os dois grupos obtidos com a AA são distintos ($p\text{-valor} < 0,05$) e de acordo com a avaliação da tabela 19 os médicos do grupo FM2 desenvolveram suas ações com a finalidade mais relacionada à ampliação dos direitos das mulheres, pois a média desse grupo pertence ao intervalo]6,6 a 10] e por isso apresenta um maior direcionamento para o Modelo de Saúde Coletiva. Já os médicos do grupo FM1 tinham a finalidade de suas ações oscilando entre a cura e a ampliação de direitos, ou seja, entre o Modelo Hospitalocêntrico e de Saúde Coletiva, uma vez que a média pertence ao intervalo]3,33 a 6,66], sendo assim um grupo intermediário.

Tabela 19 - Finalidade do trabalho dos médicos mediante a Análise de Agrupamento. João Pessoa – PB, 2014

Grupos	Nº Médicos	Min.	Max.	Média	D. Finalidade	p-valor
FM1	45	2.500	5.625	4.639	Intermediário	7,43 ⁻⁰⁹
FM2	15	5.875	7.875	6.67	MSC	

MSC- Modelo de Saúde Coletiva; *Teste de Mann-Whitney p-valor significativo.

Com o propósito de identificar todos os elementos do processo de trabalho da medicina, avaliou-se a dimensão instrumento, a qual teve um comportamento semelhante ao da dimensão finalidade.

O agrupamento da dimensão instrumento também proporcionou dois grupos distintos ($p\text{-valor} < 0,05$), porém só foi possível verificar direcionamento a algum Modelo de Saúde no grupo IM2, que fazia uso principalmente do saber da saúde coletiva para alcançar os seus objetivos. Isso foi visualizado através da média dos escores, que pertence ao intervalo]6,66 a

10], logo o elemento do processo de trabalho está mais direcionado ao Modelo de Saúde Coletiva (Tabela 20).

O grupo IM1 não apresentou direcionamento a nenhum Modelo Assistencial de Saúde, uma vez que sua média pertence ao intervalo]3,33 a 6,66], sendo assim o mesmo profissional em uma determinada situação faz uso do saber da saúde coletiva (Modelo de Saúde Coletiva) e ao cuidar de outro problema faz uso do saber tradicional da biologia e das tecnologias duras (Modelo Hospitalocêntrico). Isso mostra uma oscilação entre elementos de Modelos de Saúde distintos (Saúde Coletiva e Hospitalocêntrico) (Tabela 20).

Tabela 20 - Instrumentos do trabalho dos médicos mediante a Análise de Agrupamento. João Pessoa – PB, 2014

Grupos	Nº Médicos	Min.	Max.	Média	D. Instrumento	p-valor
IM1	16	3.375	5.250	4.570	Intermediário	3.96 ⁻⁰⁹
IM2	44	5.500	10.000	6.668	MSC	

MSC- Modelo de Saúde Coletiva; *Teste de Mann-Whitney p-valor significativo.

Após a análise das dimensões, buscou-se identificar a que modelo de saúde o processo de trabalho desenvolvido pelos médicos estava relacionado, para assim compreender se o mesmo está adequado para atender as necessidades das mulheres.

Ao realizar a associação dos elementos do processo de trabalho identificados e apresentar o resultado na Tabela 21, contatou-se que apenas 13,33% (8) dos médicos realizam um processo de trabalho e o mesmo está direcionado ao Modelo de Saúde Coletiva, pois apenas esses profissionais fazem uso de elementos que estão relacionados a um só Modelo de Saúde, ou seja, todos os elementos do processo de trabalho estão articulados e de acordo com o Modelo de Saúde Coletiva.

Para a maioria dos profissionais, não foi possível verificar à qual modelo o seu trabalho se referia, já que não foi verificado articulação entre os elementos do processo de trabalho que os médicos estavam utilizando. Mas foi possível identificar algumas tendências quanto à associação dos elementos, pois quando a finalidade do processo de trabalho estava relacionada tanto ao Modelo de Saúde Coletiva como ao Hospitalocêntrico, o instrumento utilizado estava relacionado ao Modelo de Saúde Coletiva e o objeto do trabalho era que sofria maiores variações, sendo para alguns médicos os problemas de saúde e para outros as necessidades sociais de saúde, isso para 55% (33) dos médicos. É importante mencionar que para 20% (12) dos profissionais tanto o objeto, como o instrumento e a finalidade estavam oscilando entre o Modelo de Saúde Coletiva e Hospitalocêntrico (Tabela 21).

Tabela 21 - Os elementos do processo de trabalho dos médicos e o modelo de saúde a que eles estão relacionados. João Pessoa – PB, 2014

Finalidade	Instrumento	Objeto	F	%
MSC	MSC	MSC	8	13,33
MSC	MSC	MH	1	1,67
		Intermediário	2	3,33
MSC	Intermediário	MH	1	1,67
		Intermediário	3	5
Intermediário	MSC	Intermediário	18	30
		MSC	12	20
		MH	3	5
Intermediário	Intermediário	Intermediário	12	20

MSC- Modelo de Saúde Coletiva; MH- Modelo Hospitalocêntrico.

Com o propósito de avaliar quem são os médicos que compõem cada agrupamento e assim identificar possíveis características que estejam relacionadas a sua alocação para um determinado grupo foram analisados os agrupamentos de cada dimensão em função das variáveis década de graduação, instituição de graduação, especialização, capacitação relacionada aos modelos de saúde e seus processos de trabalho, educação permanente na temática da questão de gênero e distrito sanitário.

A avaliação da dimensão objeto mostrou o grupo intermediário sendo composto principalmente por médicos formados na década de 2000, em instituições públicas, especialistas, que não realizaram capacitações relacionadas aos modelos de saúde e seus processos de trabalho, que não participaram de educação permanente na temática da questão de gênero e que são do distrito III. Com relação ao grupo que tem o objeto do processo de trabalho direcionado ao Modelo de Saúde Coletiva, constatou-se o predomínio de médicos com as mesmas características do grupo de intermediário com exceção do distrito de maior incidência, pois neste grupo o maior percentual de médicos estava relacionado ao distrito II (Tabela 22).

O grupo do Modelo Hospitalocêntrico, por sua vez, apresentou o maior percentual de médicos com graduação na década de 1970, 100% dos médicos realizaram a graduação em instituição pública, 80% eram especialistas, 80% não realizou capacitação, 100% não participou de educação em saúde e 40% deles eram provenientes do Distrito Sanitário I. Mais

uma vez, verifica-se a predominância de características que também são de maior ocorrência nos grupos intermediário e do Modelo de Saúde Coletiva, a exceção da variável década de graduação e distrito de atuação (Tabela 22).

A dimensão finalidade foi a segunda a ser analisada em função das variáveis da tabela 22, e com relação ao grupo intermediário mostrou que os médicos se formaram predominantemente na década de 2000, que a maioria graduou-se em universidades públicas, eram especialistas, não participaram de capacitações, não fizeram educação permanente, e eram do distrito III. O grupo do Modelo de Saúde Coletiva ao ser avaliado também possibilitou a identificação da maior incidência das mesmas características delimitadas no grupo de intermediário (Tabela 22).

A dimensão instrumento foi a última a ser analisada e possibilitou identificar que no grupo intermediário, ocorre o predomínio de médicos formados na década de 2000, em instituições públicas, especialistas, que não participaram de capacitações, que não fizeram educação permanente, e que eram provenientes do distrito II e IV. O mesmo conjunto de variáveis predominantes do grupo intermediário também foi delimitado para o grupo do Modelo de Saúde coletiva, com exceção do distrito de maior incidência que para o grupo do Modelo de Saúde Coletiva foi o III (Tabela 22).

O delineamento do perfil dos médicos para cada grupo, de acordo com as dimensões objeto, finalidade e instrumento, possibilitou identificar que, independentemente do grupo e da dimensão analisada, o perfil dos profissionais era semelhante. A diferença entre os grupos estava relacionada ao distrito sanitário que era de maior incidência. Entretanto, quando realizado o teste qui-quadrado, verificou-se que em todos os grupos, em qualquer dimensão avaliada para a variável Distrito Sanitário o quantitativo verificado era estatisticamente semelhante ($p\text{-valor} > 0,05$), sendo assim não verifica-se uma maior influência de nenhum distrito.

Tabela 22 - Perfil dos médicos de acordo com a dimensão e o agrupamento. João Pessoa – PB, 2014

Variáveis	D. Objeto						D. Instrumento				D. Finalidade			
	Inter		MSC		MH		Inter		MSC		Inter		MSC	
	f	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Década de Graduação														
1970	8	22,86	4	20	3	60	4	25	11	25	10	22,22	5	33,33
1980	8	22,86	5	25	1	20	5	31,25	9	20,45	12	26,67	2	13,33
1990	2	5,71	2	10	0	0	0	0	4	9,09	3	6,67	1	6,67
2000	19	48,57	7	45	1	20	7	43,75	20	45,45	20	44,44	7	46,67
Instituição de Graduação														
Pública	29	82,87	17	85	5	100	12	75	39	88,64	37	82,22	14	93,33
Privada	6	17,14	3	15	0	0	4	25	5	11,36	8	17,78	1	6,67
Especialização														
Sim	20	57,14	12	60	4	80	9	56,25	27	61,36	26	57,78	10	66,67
Não	15	42,86	8	40	1	20	7	43,75	17	38,64	19	42,22	5	33,33
Capacitações														
Sim	8	22,86	5	25	1	20	3	18,75	11	25	10	22,22	4	26,67
Não	27	77,14	15	75	4	80	13	81,25	33	75	35	77,78	11	73,33
Educação Permanente														
Sim	5	14,28	1	5	0	0	2	12,5	4	9,09	4	8,89	2	13,33
Não	30	85,71	19	95	5	100	14	87,5	40	90,91	41	91,11	13	86,67
Distrito Sanitário														
I	9	25,71	2	10	2	40	3	18,75	10	22,73	9	20	4	26,67
II	4	11,43	6	30	1	20	4	25	7	15,91	8	17,78	3	20
III	10	28,57	4	20	0	0	2	12,5	12	27,27	10	22,22	4	26,67
IV	7	20	4	20	1	20	4	25	8	18,18	9	20	3	20
V	5	14,28	4	20	1	20	3	18,75	7	15,91	9	20	1	6,67
p-valor*	0,457		0,76		0,95		0,978		0,748		0,999		0,744	

Inter- Intermediário; MSC- Modelo de Saúde Coletiva, MH- Modelo Hospitalocêntrico. *teste qui-quadrado.

5.2.4 Processos de trabalho da odontologia

O trabalho desenvolvido pelos odontólogos, na Atenção Básica, para as mulheres foi o último processo de trabalho analisado nesta pesquisa com a AA e também foi realizado em função das dimensões objeto, finalidade e instrumento.

A Análise de Agrupamento para a dimensão objeto possibilita a formação de dois grupos distintos ($p\text{-valor} < 0,05$), os quais não apresentaram interseções. Isso pode ser visualizado pelo valor máximo e mínimo de cada grupo. Essa situação reflete a homogeneidade dos grupos e a heterogeneidade entre os grupos (Tabela 23).

Com essa análise foi possível identificar que os odontólogos, quanto ao objeto do seu trabalho, apresentam o objeto do processo de trabalho mais relacionado ao Modelo de Saúde Coletiva (necessidades sociais de saúde) para o grupo DO2, uma vez que o escore médio desse grupo se encontra no intervalo]6,66 e 10], que é o intervalo que contém os elementos do processo de trabalho mais relacionados ao Modelo de Saúde Coletiva (Tabela 23).

Quanto à dimensão objeto, também verificou-se um grupo, o DO1, que não está relacionado a apenas o Modelo de Saúde Coletiva ou Hospitalocêntrico, pois esse grupo expressou que dependendo da questão de saúde da mulher, o mesmo odontólogo pode atuar tendo como foco o as necessidades de saúde ou os problemas de saúde. Essa situação foi verificada através do escore média das ações desenvolvidas por esse grupo, a qual está entre 3,33 e 6,66, que é o intervalo que caracteriza a ocorrência de elementos tanto do Modelo de Saúde Coletiva, como do Hospitalocêntrico (Tabela 23).

Tabela 23 - Objeto do trabalho dos odontólogos mediante a Análise de Agrupamento. João Pessoa – PB, 2014

Grupos	Nº Odontólogos	Min.	Max.	Média	Objeto	p-valor
DO1	49	2.750	5.750	4.758	Intermediário	9.634 ^{-12*}
DO2	23	6.000	8.375	6.674	MSC	

MSC- Modelo de Saúde Coletiva; *Teste de Mann-Whitney p-valor significativo.

A análise da dimensão finalidade também proporcionou a formação de dois grupos distintos, pois o teste de Mann-Whitney foi significativo. Além disso, os grupos não apresentaram valores em comum como pode ser verificado através dos valores máximos e mínimos dos agrupamentos (Tabela 24), logo estão bem delimitados.

Quanto à finalidade das ações em saúde dos odontólogos, constatou-se que em no grupo DF1 tais profissionais não apresentavam um direcionamento a um determinado Modelo Assistencial de Saúde, pois suas ações são desenvolvidas tendo o propósito de proporcionar a ampliação dos direitos em alguns momentos e em outros a cura; logo, ocorre uma oscilação entre modelos distintos (Modelo de Saúde Coletiva e Hospitalocêntrico). Verificou-se também que os profissionais do grupo DF2 desenvolveram ações em saúde com a finalidade de curar as doenças, elemento esse que está relacionado ao Modelo Hospitalocêntrico. Tais constatações são consequentes da análise da média dos escores de cada grupo e de sua associação a intervalos que caracterizam o Modelo Hospitalocêntrico [0 a 3,33] e que exprimem tanto o Modelo de Saúde Coletiva, quanto o Hospitalocêntrico]3,33 a 6,66] (Tabela 24).

Tabela 24 - Finalidade do trabalho dos odontólogos mediante a Análise de Agrupamento. João Pessoa – PB, 2014

Grupo	Nº Odontólogos	Min.	Max.	Média	Finalidade	p-valor
DF1	44	4.125	8.625	5.276	Intermediário	1 ⁻¹²
DF2	28	1.250	3,375	3.049	MH	

MH- Modelo Hospitalocêntrico; *Teste de Mann-Whitney p-valor significativo.

Para finalizar, a identificação dos elementos do processo de trabalho realizou-se o agrupamento em função da dimensão instrumento, o que possibilitou a formação de dois grupos diferentes (p-valor<0,05). O grupo DI1, composto por 53 profissionais, não apresentou direcionamento a só um Modelos de Saúde, pois para alguns casos fazia uso do saber da saúde coletiva para resolver determinadas situações de saúde, mas em outros fazia uso da visão biologicista para lidar com as questões referentes à saúde da mulher (Tabela 25). Essa constatação foi possível porque o valor médio do grupo DI1 estava entre 3,33 e 6,66, intervalo esse que reflete a presença de elementos relacionados tanto ao Modelo Assistencial de Saúde Coletiva como ao Hospitalocêntrico.

O grupo DI2 tem seu valor médio entre 6,66 e 10, o que mostra o elemento mais direcionado ao Modelo de Saúde Coletiva. Os odontólogos desse grupo fazem uso do saber da Saúde Coletiva como meio principal de modificar o seu objeto do trabalho e assim conseguir atingir seu objetivo com as ações de saúde. (Tabela 25).

Tabela 25 - Instrumento do trabalho dos odontólogos mediante a Análise de Agrupamento. João Pessoa – PB, 2014

Grupos	Nº Odontólogos	Min.	Max.	Média	Instrumento	p-valor*
DI1	53	3.750	7.000	5.333	Intermediário	1.134 ⁻¹⁰
DI2	19	7.250	9.375	7.993	MSC	

MSC- Modelo de Saúde Coletiva; *Teste de Mann-Whitney p-valor significativo.

Até o momento tratou-se de identificar os elementos do processo de trabalho para que fosse possível determinar qual ou quais Modelos de Saúde estava(m) orientando a prática dos odontólogos da Atenção Básica, mas nenhum odontólogo apresentou os elementos do processo de trabalho associados a um único Modelo de Saúde. Logo, contataram-se as associações de elementos de diferentes processos de trabalhos.

Em decorrência dessa situação, conseguiu-se determinar como os elementos do processo de trabalho estavam se associando na assistência em saúde, e assim verificou-se que 27,78% (20) dos odontólogos estavam desenvolvendo um processo de trabalho com a finalidade relacionada ao modelo Hospitalocêntrico, o objeto para o mesmo profissional em

alguns momentos estava relacionado ao Modelo Hospitalocêntrico e em outros ao de Saúde Coletiva e os instrumentos também se comportavam da mesma forma dos objetos. Constatou-se também a predominância de um processo de trabalho, no qual nenhum dos elementos estava direcionado a um único modelo de saúde (Tabela 26).

Tabela 26 - Os elementos do processo de trabalho dos odontólogos e o modelo de saúde a que eles estão direcionados. João Pessoa – PB, 2014

Finalidade	Instrumento	Objeto	Nº Odontólogos	% Odontólogos
MH	Intermediário	Intermediário	20	27,78
		MSC	6	8,33
MH	MSC	Intermediário	2	2,78
Intermediário	Intermediário	Intermediário	20	27,78
		MSC	7	9,72
Intermediário	MSC	MSC	10	13,89
		Intermediário	7	9,72

MSC- Modelo de Saúde Coletiva, MH- Modelo Hospitalocêntrico.

Uma vez determinado os agrupamentos em função das dimensões da pesquisa e como os elementos do processo de trabalho estavam se relacionando, ficou o questionamento sobre quem são os odontólogos que compõem cada grupo, e quais são as características distintas que eles apresentam para estarem separados em grupos diferentes quanto aos elementos do processo de trabalho. E foi buscando possíveis respostas para esses questionamentos que os agrupamentos foram avaliados de acordo com as dimensões e segundo as variáveis “década de graduação”, “instituição de graduação”, “especialização”, “capacitação relacionada aos modelos de saúde e seus processos de trabalho”, “educação permanente na temática da questão de gênero” e “distrito sanitário”.

A dimensão objeto foi composta por dois grupos, dos quais um é o grupo intermediário. Este grupo apresenta 36,73% dos odontólogos com formação na década de 1980; 91,84% com graduação em instituição pública; 77,55% com especialização; 22,45% tinham capacitação relacionada aos Modelos de Saúde e seus processos de trabalho; apenas 4,08% participaram de educação permanente na temática da questão de gênero e o maior quantitativo de odontólogos era proveniente do distrito III (Tabela 27).

O segundo grupo da dimensão objeto foi o do Modelo de Saúde Coletiva e ele apresentou um perfil semelhante ao do grupo intermediário, pois foi composto predominantemente por odontólogos do distrito sanitário III, graduados na década de 2000, formados em instituição pública, especialistas, que não realizaram capacitações relacionadas aos modelos de saúde e seus processos de trabalho e também não participaram de educação permanente direcionada para a questão de gênero (Tabela 27).

Na dimensão instrumento, o grupo intermediário também apresentou um perfil semelhante ao dos odontólogos da dimensão objeto do grupo intermediário. A única diferença estava relacionada a variável “distrito sanitário”, pois para este grupo os odontólogos eram principalmente do distrito I. Essa situação também ocorreu para o grupo Modelo de Saúde Coletiva da dimensão instrumento, o qual apresentou as mesmas características predominantes do grupo Modelo de Saúde Coletiva da dimensão objeto.

A dimensão finalidade não foi diferente das outras dimensões quanto ao perfil dos odontólogos do grupo intermediário. Porém quanto ao grupo que tinha como finalidade a cura da doença e assim estava direcionado ao Modelo Hospitalocêntrico, constatou-se que ele se diferenciava dos perfis traçados para os grupos que estavam direcionados ao Modelo de Saúde Coletiva com relação à década de graduação de maior percentual, a qual era semelhante ao dos grupos intermediários (década de 1980) (tabela 27).

Com a análise das características dos odontólogos de cada grupo, de acordo com as variáveis da tabela 27, ficou clara a semelhança dos perfis dos odontólogos. Só que essa semelhança ocorre para todos os grupos independentemente da sua dimensão e tipo, ou seja, não importa se ele é intermediário, do Modelo de Saúde Coletiva ou Hospitalocêntrico. Além disso, ao realizar o teste qui-quadrado, verificou-se que em todos os grupos, em qualquer dimensão avaliada, para a variável Distrito Sanitário, o quantitativo verificado era estatisticamente semelhante ($p\text{-valor} > 0,05$), sendo assim não verifica-se indícios de influência de algum distrito na utilização dos elementos do Modelo de Saúde Coletiva ou Hospitalocêntrico.

Tabela 27 - Perfil dos odontólogos de acordo com a dimensão e o agrupamento. João Pessoa – PB, 2014.

Variáveis	D. Objeto				D. Instrumento				D. Finalidade			
	Inter		MSC		Inter		MSC		Inter		MH	
	f	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Década de Graduação												
1970	9	18,37	4	17,39	10	18,87	3	15,79	9	20,45	4	14,28
1980	18	36,73	7	30,43	19	35,85	6	31,58	15	34,09	10	35,71
1990	8	16,33	4	17,39	10	16,98	3	15,79	7	15,90	5	17,86
2000	14	28,57	8	34,78	15	28,30	7	36,84	13	29,54	9	32,14
Instituição de Graduação												
Pública	45	91,84	22	95,65	49	92,45	18	94,74	40	90,91	27	96,43
Privada	4	8,16	1	4,35	4	7,55	1	5,26	4	9,09	1	3,57
Especialização												
Sim	38	77,55	17	73,91	38	71,70	17	89,47	34	77,27	21	75
Não	11	22,45	6	26,09	15	28,30	2	10,53	10	22,73	7	25
Capacitações												
Sim	11	22,45	3	13,04	10	18,87	4	21,05	7	15,91	7	25
Não	38	77,55	20	86,96	43	81,13	15	78,95	37	84,09	21	75
Educação Permanente												
Sim	2	4,08	0	0	2	3,77	0	0	0	0	2	7,14
Não	47	95,92	23	100	51	96,23	19	100	44	100	26	92,86
Distrito Sanitário												
I	10	20,4	5	21,74	13	24,53	2	10,53	10	22,73	5	17,86
II	9	18,37	4	17,39	11	20,75	2	10,53	5	11,36	8	28,57
III	11	22,45	9	39,13	11	20,75	9	47,37	12	27,27	8	28,57
IV	8	16,33	4	17,39	8	15,09	4	21,05	9	20,45	3	10,71
V	11	22,45	1	4,35	10	18,87	2	10,53	8	18,18	4	14,28
p-valor*	0,9608		0,1307		0,872		0,0961		0,5338		0,4613	

Inter- Intermediário; MSC-Modelo de Saúde Coletiva; MH- Modelo Hospitalocêntrico. * teste qui-quadrado.

6 DISCUSSÃO

Assistir a mulher de forma a atender as necessidades sociais de saúde requer que as estratégias de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica favoreçam a reorientação do processo de trabalho e assim seu direcionamento ao Modelo de Saúde Coletiva, pois é o Modelo de Saúde que possibilita o envolvimento da subjetividade no desenvolvimento das ações em saúde e tem o social como categoria analítica (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012b).

A investigação do processo de trabalho realizado pelas enfermeiras quanto à finalidade do processo de trabalho mostrou a existência de dois grupos que atuam tanto com a finalidade de proporcionar a ampliação dos direitos das mulheres (Modelo de Saúde Coletiva), quanto com a finalidade de proporcionar a cura das doenças (Modelo Hospitalocêntrico). Esses grupos se diferenciam porque em um deles a maior parte das ações das enfermeiras são realizadas com o propósito de ampliar os direitos das mulheres; enquanto no outro grupo, as ações são desenvolvidas tanto com a finalidade de ampliar os direitos das mulheres, quanto de proporcionar a cura da doença e isso de forma equitativa, mas no geral em ambos os grupos a finalidade do Modelo de Saúde Coletiva e Hospitalocêntrico estão presentes e isso é preocupante.

O elemento “finalidade do processo de trabalho” sintetiza todo o processo de trabalho. Ele exerce influência tanto na delimitação do objeto do processo de trabalho, como dos instrumentos para transformá-lo. Logo, verificar essa incerteza quanto à finalidade do processo de trabalho que as enfermeiras estão a realizar é uma problemática que afeta todo o trabalho que elas estão desenvolvendo e que reflete de forma negativa na delimitação do objeto e do instrumento do processo de trabalho do Modelo de Saúde Coletiva.

Um processo de trabalho articulado e relacionado ao Modelo de Saúde Coletiva necessita que a finalidade do processo de trabalho seja a ampliação dos direitos das mulheres, que a saúde não seja entendida apenas como a ausência de doença e sim como um estado de bem estar biopsicossocial. Logo, quando as enfermeiras desenvolvem uma assistência que se restringe a cura das doenças, isso dificulta o envolvimento dos determinantes sociais da saúde e a realização de um cuidar pertinente as necessidades sócias de saúde.

As enfermeiras quanto ao objeto do processo de trabalho têm-se dividido em três grupos distintos que atuam tendo como objeto tanto os problemas de saúde como as necessidades sociais de saúde. A diferença entre eles é que a maior parte das ações de um

grupo está relacionado aos problemas de saúde (grupo O3); já o grupo O2, a maioria das ações realizadas pelas enfermeiras estavam relacionadas com as necessidades sociais de saúde da mulher e no grupo O1 as ações estavam relacionadas de forma equitativa aos problemas de saúde e às necessidades sociais de saúde. A problemática identificada quanto à finalidade do processo de trabalho também se faz presente com relação ao objeto do processo de trabalho. As enfermeiras independentemente do agrupamento analisado não tinham suas ações direcionadas a um único objeto e nem a um único Modelo Assistencial de Saúde.

É importante mencionar que quanto ao objeto do processo de trabalho verificou-se a presença de um grupo que realizava a maioria de suas ações tendo como objeto os problemas de saúde. Esse grupo expressa o quanto o Modelo Hospitalocêntrico ainda é forte na assistência que as enfermeiras estão realizando, pois ele está presente em todos os agrupamentos verificados e diferentemente da categoria finalidade ainda apresenta uma parcela das enfermeiras atuando uma maior quantidade de vezes de acordo com ele.

A análise da finalidade do processo de trabalho e do objeto do processo de trabalho mostrou as enfermeiras de João Pessoa atuando sem um direcionamento. Isso não deveria ocorrer, pois essa situação dificulta o desenvolvimento de um processo de trabalho relacionado ao Modelo de Saúde Coletiva. Sendo assim, como seria possível desenvolver os cuidados adequados de acordo com as necessidades sociais de saúde das mulheres se a enfermeira não apresenta um direcionamento quanto ao o que ela deve cuidar, sob o que ela deve agir e modificar para alcançar os objetivos desejados? E também sobre qual é a finalidade do processo de trabalho que ela está realizando?

Com relação aos instrumentos do processo de trabalho utilizados pelas enfermeiras, verificou-se a presença mais uma vez do grupo intermediário, ou seja, de enfermeiras fazendo uso do saber da saúde coletiva (Modelo de Saúde Coletiva) em algumas ações e outras condutas fazendo uso da visão biologista (Modelo Hospitalocêntrico), o que não é adequado. Só que com relação ao instrumento do processo de trabalho também identificou-se um grupo que fazia uso predominantemente do saber da saúde coletiva (Modelo de Saúde Coletiva) como meio de transformar seu objeto e alcançar a finalidade do processo de trabalho e isso é um avanço na utilização do Modelo de Saúde Coletiva como modelo orientador das práticas de saúde das enfermeiras.

Entretanto, fazer uso do instrumento do Modelo de Saúde Coletiva e não conseguir articular esse elemento com a finalidade e objeto do mesmo Modelo Assistencial, impossibilita a efetivação de um processo trabalho adequado, fragiliza a assistência desenvolvida e dificultando o alcance das necessidades de saúde da mulher.

A identificação do instrumento do Modelo Assistencial de Saúde Coletiva pode ser reflexo da estrutura do serviço da Atenção Básica. Pois na AB os encaminhamentos aos especialistas só devem ocorrer se o paciente realmente necessita dessa assistência e caso seja feito o encaminhamento e venha-se a constatar que é uma problemática que deve ser de responsabilidade dos profissionais da AB o paciente deve ser orientado e encaminhado a retornar para a Unidade de Saúde da Família. Associado a isso na USF existe uma limitação na disponibilização de medicamentos, de exames invasivos e de alto custo.

O agravante dessa realidade é que o mesmo conjunto de enfermeiras foi analisado quanto ao objeto, finalidade e instrumento do processo de trabalho, mas as mesmas enfermeiras fazem uso de elementos de diferentes Modelos de Saúde no desenvolvimento da assistência para a mulher, como pode ser visualizado na tabela 15, comportamento esse inadequado.

Para o desenvolvimento de um processo trabalho é necessário que os elementos estejam direcionados a um único Modelo de Saúde, pois só dessa forma tem-se um processo em que os elementos se comunicam e possibilitam o alcance dos objetivos para o qual o mesmo foi formulado e que está adequado a um determinado Modelo de Saúde e assim a um momento histórico, cultural e político (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998; PAIM, 1999).

A situação do processo de trabalho de João Pessoa, quanto às enfermeiras, foi semelhante ao verificado no distrito oeste da cidade de Ribeirão Preto, onde o objeto do trabalho se dá mediado, predominantemente, pelos saberes da clínica hegemônica, da educação tradicional e da prevenção de doenças e agravos com informação e medidas específicas (FORTUNA et.al., 2011). A semelhança entre as cidades refere-se ao fato que tanto no trabalho das enfermeiras de Ribeirão Preto, quanto às de João Pessoa, o objeto e o instrumento do processo de trabalho estavam relacionados ao Modelo Hospitalocêntrico.

E isso também foi verificado em uma pesquisa realizada por Silva (2003) que buscou compreender a Reforma Psiquiátrica em João Pessoa e revelou que os instrumentos do trabalho na perspectiva de reforma sanitária estavam relacionados às concepções hegemônicas (Modelo Assistencial de Saúde Coletiva) e contra hegemônicas (Modelo de Saúde Coletiva), que o objeto do trabalho era a doença mental e que a finalidade do processo de trabalho era a inclusão social, sendo este último de difícil alcance, pois segundo a autora citada, “os demais elementos do processo de trabalho são incompatíveis com ela”.

A pesquisa de Silva (2003) também apresenta semelhança com relação ao instrumento do processo de trabalho, pois nesta pesquisa também verificou-se a utilização de instrumentos de distintos Modelos Assistenciais de Saúde como meio de transformar o objeto. Entretanto,

enquanto na pesquisa dessa autora foi possível verificar a finalidade do trabalho de acordo com o Modelo Assistencial de Saúde Coletiva - e apenas com esse modelo -, nesta pesquisa isso não foi constatado, porque as enfermeiras atuavam tendo como finalidade tanto a ampliação de direitos como a de proporcionar a cura.

A análise do trabalho das enfermeiras de João Pessoa também mostrou que apenas 11% delas realizavam um processo de trabalho que estava próximo do Modelo de Saúde Coletiva. Dessa forma, como é possível atingir os objetivos e metas desenvolvidos com foco na saúde da mulher, em uma rede assistencial, na qual a Atenção Básica é a porta de entrada e tem a enfermeira como profissional orientador das ações de saúde de outros profissionais como os Agentes Comunitários de Saúde e os Técnicos de saúde, se a maioria delas não desenvolve um processo de trabalho condizente com o Modelo de Saúde que viabilizaria o bem estar biopsicossocial da mulher, a identificação de suas necessidades, bem como um cuidado integral e holístico? (Tabela 15) (SANCHEZ; MINAYO, 2006; BRASIL, 2011).

A situação do processo de trabalho das enfermeiras de João Pessoa pode estar relacionada com o que a pesquisadora Teixeira (2006) já retratava em sua pesquisa, que era o distanciamento das práticas de saúde recomendadas das que estavam sendo realizadas pelos profissionais que atuavam na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Outros pesquisadores também informavam que não era possível a plena alteração da forma de pensar e desenvolver as ações na ESF, bem como o seu direcionamento pelas necessidades (RONZANI; STRALEN, 2003; SOUSA; HAMANN, 2009). Tais informações já mostravam a inadequação do trabalho desenvolvido pela equipe multiprofissional e que nesta pesquisa também foi verificado indícios dessa constatação, pois com relação às enfermeiras, o trabalho desenvolvido para a saúde da mulher não está direcionado ao Modelo Assistencial de Saúde Coletiva.

É importante mencionar que mesmo não verificando um direcionamento dos elementos do processo de trabalho a um único Modelo de Saúde - mais especificamente ao Modelo de Saúde Coletiva relacionado à finalidade e o objeto do processo de trabalho -, constatar a presença de grupos intermediários com tendência ao Modelo de Saúde Coletiva é uma situação que pode ser entendida como positiva. As enfermeiras desse grupo poderão aderir ao Modelo de Saúde Coletiva mais facilmente que as enfermeiras que compõe o grupo intermediário e o intermediário com tendência ao Modelo Hospitalocêntrico.

O perfil das enfermeiras envolvidas na assistência também foi investigado e independentemente do grupo que se estava avaliando e da dimensão (objeto, instrumento e finalidade), a maioria das enfermeiras tinham se formado na década de 1980, realizado a

graduação em instituições públicas, eram especialistas, não participaram de capacitações relacionadas aos Modelos de Saúde e seus processos de trabalho, bem como não participaram de educação permanente sobre a questão de Gênero (Tabela 16).

As variáveis analisadas para delimitar o perfil das enfermeiras não possibilitaram identificar questões que poderiam influenciar na utilização de elementos de Modelos de Saúde distintos, mas demonstrou a necessidade de envolver as enfermeiras no processo de qualificação da Secretaria Municipal de Saúde, pois a maioria das enfermeiras obtiveram a graduação na década de 1980 momento esse em que o currículo da faculdade estava embasado no Modelo Hospitalocêntrico (BRASIL, 2006a).

A qualificação profissional é um fator importante para que as enfermeiras atuem na Atenção Básica em consonância ao Modelo de Saúde Coletiva, pois é através das especializações, da educação em saúde, bem como das capacitações que é possível promover processos formativos estruturados a partir da problematização do processo de trabalho, e assim transformar as práticas e organizar o trabalho, tendo sempre como referência às necessidades sociais de saúde das pessoas e da população (BRASIL, 2009).

A necessidade de maior envolvimento das enfermeiras na qualificação profissional também foi evidenciada quando se avaliou a participação em capacitações, educação em saúde e realização de especializações, pois os dados da pesquisa mostraram que o envolvimento das enfermeiras na educação em saúde e nas capacitações está a desejar, uma vez que em média a atuação dessas enfermeiras na Atenção Básica foi de 15 anos, então como é possível que a Secretaria Municipal de Saúde que é responsável pela qualificação profissional, não conseguiu qualificar essas enfermeiras quanto aos Modelos de Saúde e a questão de gênero, temáticas essas de base para o desenvolvimento de uma assistência adequada. E, além disso, como as enfermeiras em sua maioria eram especialistas e as especializações estavam relacionadas à enfermagem em Saúde Coletiva, Saúde da Família, mas apenas 11,11% das enfermeiras desenvolviam um processo de trabalho relacionado ao Modelo de Saúde Coletiva (Tabela 15).

A desarticulação dos elementos do processo de trabalho mesmo na presença de especializações que deviam qualificar o profissional para atuar em consonância ao Modelo de Saúde Coletiva é preocupante, pois as especializações apresentadas deveriam dar o suporte, quanto ao conhecimento científico necessário para que o trabalho das enfermeiras estivesse associado ao Modelo de Saúde Coletiva, uma vez que as instituições que disponibilizaram a especialização em Saúde Coletiva deveriam ter passado pelo processo de “independência” das faculdades de medicina estar associada com outras unidades acadêmicas e assim

possibilitar a interdisciplinaridade ou a transdisciplinaridade, bem como a formação de profissionais que conseguissem relacionar o conhecimento da área da saúde com as ciências sociais, econômicas, políticas, administrativas, e diversas outras áreas, pois esse é o profissional necessário para atuar na Atenção Básica (PAIM,2006).

Os entraves quanto à formação acadêmica dos profissionais da equipe de saúde da família não é uma questão única de João Pessoa. Tal problema também foi identificado como um desafio para a ESF de 31 municípios, dos estados de Minas Gerais e Espírito Santo (CAMARGO JÚNIOR et. al., 2008; MENDONÇA, 2009), situação que estava relacionada à deficiência do aparelho formador dentro do próprio sistema de saúde, principalmente no nível local, na perspectiva da aprendizagem-trabalho (PESSANHA; CUNHA, 2009).

Os estudos já identificaram a deficiência de profissionais com perfil para atuar na ESF, entretanto poucos conseguem apresentar e avaliar as ações que são realizadas pelas esferas de governo federal e estadual para atender às necessidades dos municípios e modificar esse perfil (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013). Logo, o conhecimento sobre essa problemática existe, mas o desenvolvimento de ações, com relação à gestão está a desejar e isso também foi visualizado nesta pesquisa quando se constatou que os distritos sanitários não exerceram influência no trabalho que as enfermeiras realizavam.

Os médicos da Atenção Básica também foram investigados quanto ao processo de trabalho que estavam desenvolvendo para assistir a mulher em João Pessoa, e verificou-se que quanto ao objeto do processo de trabalho, um grupo de médicos (OM3) atuava tendo o objeto de suas ações mais direcionado aos problemas de saúde (Modelo Hospitalocêntrico), outro grupo (OM2) tinha suas ações mais relacionadas às necessidades sociais de saúde (Modelo de Saúde Coletiva) e o grupo OM1 não tinha o objeto do trabalho definido e assim os médicos desenvolviam ações em que o objeto em um momento estava associado ao Modelo de Saúde Coletiva e em outro ao Modelo Hospitalocêntrico.

Um ponto importante foi que o menor percentual de médicos estava desenvolvendo ações em que seu objeto era a doença, o que é bom, pois este objeto não possibilita o desenvolvimento de um processo de trabalho que esteja relacionado com o Modelo de Assistencial de Saúde Coletiva, que melhor possibilita a efetivação do SUS e o envolvimento das necessidades sociais de saúde das mulheres. Entretanto, o maior percentual de médicos não tinha o objeto do trabalho bem definido para o desenvolvimento de suas ações, e atuavam em uma determinada situação tendo como foco as necessidades sociais de saúde da mulher e em outro momento os problemas de saúde.

É certo que o objeto do Modelo de Saúde Coletiva se fez presente e isso para 33,33% dos médicos, sendo este um quantitativo superior ao do Modelo Hospitalocêntrico, mas não foi o maior e por isso deixa a desejar.

Quanto à finalidade e os instrumentos do processo de trabalho da medicina o direcionamento exclusivo desses elementos ao Modelo Hospitalocêntrico não ocorre, todavia continua-se a verificar grupos de médicos que atuavam tanto tendo como finalidade a cura, como a ampliação dos direitos das mulheres, e isso também ocorreu para o instrumento do processo de trabalho.

Os médicos, semelhante às enfermeiras, estão associando elementos de distintos modelos para realizar o seu trabalho e isso ocorreu com 86,67% deles (Tabela 21), só que a associação de elementos que não são do mesmo modelo, mais especificamente do Modelo de Saúde Coletiva não proporcionam o desenvolvimento de um processo de trabalho que possibilite a realização de uma atenção que envolva as necessidades sociais das mulheres e não apenas os problemas de saúde. E assim dificulta a visualização e entendimento da experiência do paciente quanto à doença, e como ela influencia sua vida, bem como a realização de uma abordagem compreensiva no manejo da enfermidade em associação com o meio em que o indivíduo se encontra e que influencia no estabelecimento da saúde e que deve ser compreendida para o estabelecimento do bem-estar biopsicossocial do indivíduo (DEMARZO; OLIVEIRA; GONÇALVES, 2012).

Os médicos de João Pessoa foram os únicos profissionais em que foi possível identificar a realização de um processo de trabalho relacionado ao Modelo de Assistencial de Saúde Coletiva e isso ocorreu para 13,33% dos médicos (Tabela 21). Essa informação nos leva a indagar se o resultado observado é reflexo do Discurso Politicamente correto ou se ele possui relação com a prática assistencial, porque se esse resultado for a expressão da prática de alguns médicos, isso indica que vai haver mudança paradigmática, Mudança de Modelo Assistencial.

Em João Pessoa, verificam-se indícios de mudanças na assistência para a mulher, mas ainda constatou-se a realização de um processo de trabalho desarticulado dificulta o envolvimento das necessidades sociais de saúde das mulheres, o que também foi identificado em 50 municípios da região sul do Brasil, onde a assistência realizada pelos médicos foi insuficiente para atender às necessidades da população. A assistência era desenvolvida por meio de um Modelo Tradicional: consultas nos postos de demanda espontânea, atenção exclusiva de recuperação, diagnóstico e tratamento ou encaminhamento ao especialista. Em decorrência dessa assistência, no sul, verificaram-se problemas como falta de resolutividade

nas consultas, com consequente sobrecarga nos prontos socorros e serviços de urgência (Nappi et. al., 2003).

Essa inadequação do trabalho realizado pelos médicos, de acordo com Nappi et. al., (2003) é consequência da falta de preparo médico para atuar nesse novo meio que o SUS está promovendo, o que gera insatisfação do usuário e do sistema, bem como contradições e dificuldades, cujo denominador comum é a diminuição do potencial clínico do sistema e da eficiência na atenção à saúde, reduzindo o impacto social que o SUS deve ter. É importante mencionar que essa situação não tem o médico como exclusivo responsável, pois o mesmo antes da implantação do SUS era um profissional liberal, que tinha sua formação voltada para atividades hospitalares, com um saber cunhado em enfermidades e com uma atividade orientada ao paciente internado. Logo, a prática médica é individual e hospitalocêntrica em sua essência, sendo este o viés fundamental, que se reproduz na prática cotidiana da clínica e se projeta na Atenção Básica (Nappi et. al., 2003).

No contexto da problemática apresentada traçou-se o perfil dos médicos, considerando os grupos e as dimensões objeto, instrumento e finalidade a qual pertencem, o que foi importante para verificar quem eram os profissionais que estavam atuando e proporcionando essa realidade, e assim tentar identificar possíveis questões que estavam influenciadas no desenvolvimento desse trabalho desordenado.

E constatou-se uma situação incômoda, pois nenhuma variável apresentou um comportamento distinto entre os grupos. Os médicos, independentemente do grupo, apresentavam as mesmas características predominantes. Características essas que quanto à formação acadêmica deveria proporcionar um trabalho relacionado com o Modelo de Saúde Coletiva. Pois o maior percentual de médicos se graduaram na década de 2000, em instituições públicas e eram especialistas. Sendo assim, esses profissionais deveriam passar por uma graduação que estivesse relacionada com o Modelo Assistencial que possibilitaria a efetivação do SUS que é o Modelo de Saúde Coletiva. E essa graduação em 90% dos casos foi realizada em instituições públicas, que possuem os melhores indicadores de ensino, relacionado a isso 55,56% das especialidades estavam relacionadas à Medicina em Saúde da Família e Saúde Coletiva e por tanto deveriam qualificar os médicos há atuarem na AB de acordo com o Modelo de Saúde Coletiva (Tabela 22) (BRASIL, 2012c).

Outra questão pertinente foi que a maioria dos médicos não participou de capacitações relacionadas aos Modelos de Saúde e seus processos de trabalho, o que dificulta uma atuação relacionada ao Modelo de Saúde Coletiva, já que é através das capacitações que os médicos podem adquirir conhecimento e compreensão quanto à realização de um processo de trabalho

que esteja associado ao Modelo de Saúde Coletiva e a sua consonância a realidade que o profissional está inserido (BRASIL, 2009).

Associado a isso, uma elevada parcela dos médicos também informaram não participar de educação em saúde relacionada a temática de Gênero. E isso também pode fragilizar a assistência desenvolvida, pois o profissional deve embasar suas condutas no conhecimento, compreensão e aplicação da questão de gênero, e como isso pode ocorrer se o profissional não possuir o conhecimento necessário para este tipo de atuação.

A Secretaria Municipal de Saúde é a responsável por proporcionar meios para que o processo de trabalho desenvolva-se de modo a atender os propósitos do SUS. Logo, ela é responsável pelo meio adequado para a atuação do profissional e por proporcionar médicos capacitados e qualificados para atuarem na AB, sendo assim explícito que as ações da secretaria não estão conseguindo envolver os médicos (BRASIL, 2009).

Essa ineficiência dos serviços públicos em orientar o processo de trabalho também foi evidenciada quando analisou-se de que distrito eram provenientes os médicos de cada agrupamento, o que mostrou que por mais que existisse um maior percentual de médicos de um determinado distrito, os grupos eram estatisticamente semelhantes, logo a diferença verificada não era expressiva. E assim, o fato do médico ser de um distrito ou de outro não estava influenciado no seu processo de trabalho, bem como no seu direcionamento a um determinado elemento de um Modelo de Saúde.

E isso foi preocupante, uma vez que os Distritos Sanitários são responsáveis, junto com a secretaria, de orientar o trabalho dos profissionais da AB, entretanto não foi possível verificar a interferência dos Distritos na orientação dos médicos quanto aos elementos do processo de trabalho que estavam fazendo uso, bem como seu direcionamento a um determinado Modelo de Saúde, semelhante ao que ocorreu com a enfermagem (BRASIL, 2006a; 2009).

Portanto, a assistência desenvolvida para as mulheres estava envolvendo médicos que na teoria tinham a formação acadêmica adequada, mas que quando avaliado quanto a qualificação profissional deixaram a desejar, pois os serviços ou setores que deveriam se responsabilizar por orientar o processo de trabalho não estavam conseguindo envolver os médicos.

A situação do processo de trabalho dos enfermeiros e médicos que atuavam na Atenção Básica de João Pessoa é complexa e necessita de atenção quanto à formação desse profissional para atuar na porta de entrada do SUS que são as USF e isso também envolveu os odontólogos.

Os odontólogos foram os últimos a serem investigados quanto ao processo de trabalho que estavam desenvolvendo na Atenção Básica com foco na saúde da mulher. Para esses profissionais identificou-se que na AB, quanto ao objeto existiam dois grupos atuando de forma distinta, um deles com o objeto relacionado ao Modelo de Saúde Coletiva e outro que não apresentava um direcionamento com relação, o qual era o objeto de seu trabalho e assim estava desenvolvendo ações, que em determinado momento tinham como foco as necessidades sociais de saúde da mulher e em outro os problemas de saúde (Modelo de Saúde Coletiva e Modelo Hospitalocêntrico).

Situação semelhante ao do objeto do processo de trabalho ocorreu para o elemento instrumento, pois também foram delimitados dois grupos, onde um estava atuando direcionado ao Modelo de Saúde Coletiva e outro atuava utilizando tanto os instrumentos do Modelo de Saúde Coletiva quanto o do Modelo Hospitalocêntrico,

Os odontólogos quanto à finalidade do processo de trabalho apresentaram uma situação distinta dos demais profissionais investigados quanto ao elemento que eles estavam utilizando, pois constatou-se que na AB existiam dois grupos de odontólogos, dos quais um deles realizava um processo de trabalho que tinha a finalidade de proporcionar a cura e o outro desenvolvia um processo de trabalho que tinha tanto a finalidade de ampliar os direitos das mulher, como a finalidade de proporcionar a cura para os problemas biológicos da mulher.

Essa situação quanto à finalidade do processo de trabalho foi única nesta pesquisa, pois não se tinha verificado nenhum grupo, quanto a esse elemento, com uma maior relação com o Modelo Hospitalocêntrico e isso demonstra um retardo no envolvimento do Modelo de Saúde Coletiva, pois a finalidade do processo de trabalho influencia a delimitação do objeto e do instrumento do processo de trabalho. Logo, se o Modelo Hospitalocêntrico ainda tem uma presença forte quanto a esse elemento alcançar o Modelo de Saúde Coletiva na prática realizada pelos odontólogos ainda é complicado.

Todos os odontólogos estão fazendo uso de elementos de distintos Modelos de Saúde para realizar a sua assistência, como pode ser visualizado na tabela 26, e isso não deveria acontecer, logo se constatou uma prática assistencial na qual os profissionais não se orientam por nenhum Modelo de Saúde, situação que fragiliza a assistência que é desenvolvida para a mulher.

Cericato (2007) já retratava que o trabalho da equipe de saúde bucal era inadequado para a proposta da ESF, uma vez que atuavam considerando as demandas, com ações curativas e individuais. Situação influenciada pelo envolvimento tardio das equipes de saúde

bucal na ESF, que ocorreu em 2000, pois a saúde bucal no Brasil sempre foi tratada como uma questão a parte dos sistemas de saúde (BRASIL, 2006b, LOURENÇO et al., 2009).

O retardo no envolvimento dos odontólogos dificultou o desenvolvimento de profissionais que ultrapassem os limites da boca e que realizassem ações intersetoriais e educativas junto à equipe de saúde tendo o objetivo de fortalecer o indivíduo e a comunidade, bem como proporcionar o empoderamento da mulher sobre sua vida e os processos de saúde-doença. Dificuldades estas que estão expressas nesta pesquisa, ao contatar que nenhum profissional tinha como finalidade do processo de trabalho, exclusivamente, a ampliação dos direitos (BRASIL, 2006a).

Ao constatar essa problemática ficou evidente a necessidade de saber quem eram os profissionais que estavam a desenvolver esse trabalho e por isso traçou-se o perfil dos odontólogos, em função das variáveis apresentadas na tabela 27, de acordo com os grupos e as dimensões objeto, instrumento e finalidade.

Com a análise dos perfis para cada agrupamento, constatou-se que os odontólogos que os compõe apresentam semelhanças quanto à qualificação profissional e a instituição que realizou a graduação, pois todos os grupos apresentaram elevando percentual de profissionais formados em instituições públicas, com especialização, a qual em 74,54% dos casos estava relacionada a Saúde Coletiva ou Saúde da Família. Entretanto, quanto à participação de capacitação relacionada aos modelos de saúde, e de educação permanente com a temática da questão de gênero, o percentual de odontólogos envolvidos era baixo, mal alcançava os 20% de cada grupo.

Associado a isso, identificou-se que os grupos que tinham o elemento do processo de trabalho direcionado ao Modelo de Saúde Coletiva (Tabela 27) apresentavam os odontólogos se formando principalmente na década de 2000, já os grupos em que seu elemento estava direcionado ao Modelo Hospitalocêntrico e os que não tinham o elemento do trabalho definidos eram constituídos por odontólogos que se graduaram predominantemente na década de 1980.

A década de graduação dos odontólogos parece influenciar no direcionamento ao Modelo de Saúde Coletiva ou Hospitalocêntrico, o que é consequência da formação excessivamente individualista e tecnicista dos profissionais de saúde bucal que dificulta a abordagem do indivíduo de forma holística, e que está em prática desde a década de 70 (LOURENÇO et al., 2009). Assim, os odontólogos formados em 1980 não passaram por um processo educativo adequado para atuarem em consonância com o Modelo de Saúde Coletiva; sendo assim, previsível que para os grupos que nesta pesquisa estavam relacionados com o

Modelo Hospitalocêntrico, que se venha a constatar a prevalência da graduação na década de 1980.

Entretanto, esse problema quanto a formação acadêmica não deveria ser tão expressiva, uma vez que 74,45% dos odontólogos apresentam especializações e as mesmas estavam relacionadas a áreas que deveriam proporcionar conhecimento adequado para desenvolverem um processo de trabalho em consonância ao Modelo de Saúde Coletiva.

Outra problemática que provavelmente influenciou no desenvolvimento de um processo de trabalho que associa elementos de distintos Modelos de Saúde, foi o baixo percentual de odontólogos que participaram das capacitações e educação permanente, as quais proporcionariam o conhecimento sobre a prática adequada para o desenvolvimento do processo de trabalho que esteja adequado a proposta do SUS e ao Modelo de Saúde Coletiva, situação fundamental para assistir a mulher com qualidade e orientado por suas necessidades sociais de saúde (BRASIL, 2006a).

O envolvimento parcial dos odontólogos no processo de qualificação, que deve ser realizado pela Secretaria de Saúde Municipal, é preocupante, pois os odontólogos atuam na Atenção Básica em média a 13,43 anos, tempo que deveria ser suficiente para que eles venham a ser capacitados pelo processo formativo e de atualização, que deveria ser disponibilizado obrigatoriamente pela secretaria. Todavia, para o município de João Pessoa, a qualificação via secretaria não está conseguindo alcançar os odontólogos.

A questão da necessidade de qualificação e a ineficiência dos serviços públicos em realizá-la já foram expressas por Boareto (2011) quando avaliou a inserção da odontologia na ESF. A qualificação é importante para que os empecilhos relacionados ao envolvimento tardio do odontólogo, que possibilita alta demanda por tratamentos curativos, bem como a prática de mercado curativa restrita ao consultório, que culmina em um trabalho de baixa resolutividade, possam ser ultrapassados (FARIA et al., 2010; LOURENÇO et al., 2009)

As ações desenvolvidas pelos Distritos Sanitários de Saúde para proporcionar um processo de trabalho adequado ao Modelo de Saúde Coletiva também estão a desejar, uma vez que ao avaliar a incidência de cada distrito nos agrupamentos em função da dimensão objeto, finalidade e instrumento, não se verificou interferência dos distritos quanto à utilização de um determinado elemento do processo de trabalho, seja ele do Modelo Hospitalocêntrico ou de Saúde Coletiva, pois por maior que fosse o percentual de um determinado distrito, a diferença entre os distritos foi estatisticamente semelhante.

7 CONCLUSÕES

Constata-se que o processo de trabalho realizado por mais de 90% dos enfermeiros, médicos e odontólogos se apresenta fragmentado no cenário investigado e os profissionais relacionam elementos de distintos Modelos de Saúde, sem preocupação com a mudança paradigmática. Esse processo de trabalho sem a racionalidade lógica de um único modelo diminui a efetividade das ações que são propostas como política de saúde para as mulheres, podendo influenciar na sobrecarga dos serviços de atenção às urgências e emergências.

A análise dos elementos do processo de trabalho também permitiu constatar que os odontólogos foram os únicos profissionais que apresentaram o elemento finalidade do processo de trabalho relacionado predominantemente ao Modelo Hospitalocêntrico, refletindo assim, o quanto a visão biologicista ainda é forte para aquela categoria profissional.

Reforçamos, neste estudo, a importância do reconhecimento de que, na Atenção Básica do município de João Pessoa, os profissionais lidam com a dificuldade de operacionalização dos processos de trabalho e sendo este um dos pilares que dá sustentação aos Modelos de Assistência, fica difícil uma mudança paradigmática quando se mantém essa base sem sofrer as alterações necessárias para a transformação daquilo que se pretende como nova política e que caracterizaria um novo modelo.

O fato de os profissionais estarem empregando elementos tanto do Modelo de Saúde Coletiva, como do Modelo Hospitalocêntrico, desenvolvendo ações com foco nos problemas de saúde ou nas necessidades sociais de saúde da mulher; com a finalidade de proporcionar a ampliação dos direitos ou a cura das doenças e fazendo uso do conhecimento de saúde coletiva ou do saber embasado na biologia tradicional, centrada nas ações de especialistas, permite inferir que experimentamos um momento que existe indicação de mudança em alguns elementos do processo de trabalho, mas a transformação paradigmática ainda não é possível, pois trata-se de um momento de transição, no qual ora predomina um modelo ora outro.

Desse modo, a utilização de elementos do processo de trabalho tanto do Modelo de Saúde Coletiva como do Modelo Hospitalocêntrico, demonstrou a não ocorrência de uma mudança paradigmática, impossibilitou a realização da análise de um processo de trabalho enquanto equipe multiprofissional com enfoque do Modelo de Assistência de Saúde Coletiva. Os profissionais (enfermeira, médico e odontólogo) da Atenção Básica atuam como equipes sem articulação coletiva e desenvolvem uma assistência em saúde que não está relacionada apenas ao Modelo de Saúde Coletiva. Logo, tem-se um longo caminho de mudanças a ser

percorrido até que se tenha uma aproximação mais efetiva com o novo Modelo de Saúde que se pretende.

Os médicos (13,33%) foram os únicos profissionais que apresentaram um processo de trabalho relacionado ao Modelo Assistencial de Saúde Coletiva, que é o Modelo de Saúde que proporcionaria a efetivação do SUS, conforme é proposto pelas suas diretrizes. Isso pode ser consequência de mudanças na prática assistencial dos médicos e também de um discurso teórico que se apresenta politicamente correto.

O Modelo Hospitalocêntrico não foi verbalmente relacionado ao processo de trabalho de nenhuma categoria profissional, mas esteve presente nos elementos do processo de trabalho e na maioria dos casos de forma predominante, sendo assim esse modelo ainda influencia as ações em saúde que são realizadas pela enfermeira, pelo médico ou pelo odontólogo.

É importante mencionar que independentemente do elemento do processo de trabalho que as enfermeiras, os médicos e os odontólogos utilizassem na sua assistência, seja ele do Modelo de Saúde Coletiva ou do Hospitalocêntrico, as características predominantes dos grupos de profissionais eram as mesmas. A maioria dos profissionais era formada na década de 1980, em instituições públicas, tinha especializações em Saúde Coletiva e Estratégia de Saúde da Família, não participou das capacitações relacionadas aos Modelos de Saúde e a seus processos de trabalho e na educação permanente associada à questão de gênero. A exceção ao exposto ocorreu para os médicos, pois a maioria deles obtiveram a graduação na década de 2000.

O perfil identificado demonstrou que os profissionais necessitam se envolver no processo de capacitação e de educação permanente que a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa está disponibilizando, bem como há necessidade de avaliar as especializações em Saúde Coletiva e Estratégia de Saúde da Família que os profissionais estão realizando. Estas especializações deveriam influenciar para o desenvolvimento de um processo de trabalho relacionado com o Modelo de Saúde Coletiva, entretanto isso não foi verificado.

Finalmente, com essa pesquisa podemos concluir que o processo de trabalho dos profissionais de nível superior, no cenário investigado, ainda requer que se superem os elementos do processo de trabalho, que permanecem ainda os do Modelo Hospitalocêntrico, que os profissionais precisam ter consciência da necessidade de articular os elementos do processo de trabalho para que se alcance uma aproximação com a mudança paradigmática, ou seja, uma aproximação com o Modelo de Saúde Coletiva que comporta a saúde da mulher na sua integralidade e permite a ampliação de direitos nesse sentido.

REFERENCIAS

ALBAUM, G. The Likertscale revisited: an alternate version. **Journal Of The Market Research Society**, v. 39, n. 2, p.331-349, abr. 1997.

ALBUQUERQUE M.A. **Estabilidade em análise de agrupamento (cluster analysis)**. 2005. 62 f. Dissertação (Mestrado) – Pós-graduação em Biometria, Departamento de Física e Matemática, Universidade Federal Rural de Pernambuco, Pernambuco, 2005.

AWOFESO, N. What's new about the “New public health”? **American Journal of Public Health**, v. 94, n. 5, p. 705-709, maio. 2004.

BAGGALEY, A.R.; HULL, A.L. The effect of nonlinear transformations on a Likertscale. **Evaluation&the Health Professions**, v. 6, n.4, p. 483-491, dez. 1983.

BALESTRIN M.F.; BARROS, S.A.B.M. A relação entre a concepção do processo saúde e doença e identificação/hierarquização das necessidades em saúde. **Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade de Guairacá**, v. 1, n. 1, p. 18-41, Jul. 2009.

BARATA, R. B. **Como e por que as Desigualdades Sociais Fazem Mal à Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 120 p.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.30, n.3, p. 380-98, dez. 1996.

BOARETO, P.P. **A inclusão da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família (ESF)**. 2011. 32 f. Monografia (Especialização) - Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social. **8º Conferência Nacional de Saúde: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. 21p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 300p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 28 de março de 2006b. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 19 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 82p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão de Ética e Pesquisa – CONEP. **Resolução nº 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 110p.

BRASIL. Ministério da Educação. **Exame Nacional de Desempenho de Estudantes: índice Geral dos Cursos**. 2012c.

BUSSAB, W.O.; MIAZAKI, E. S.; ANDRADE, D. F. **Introdução à Análise de Agrupamento**. São Paulo: Ime-usp, 1990. 87 p.

BUSTORFF, L.A.C.V. **O conceito de gênero nas políticas públicas que orientam atenção à saúde da mulher: revisão integrativa da literatura**. 2010. 165f. Dissertação (Mestrado) – Pós-graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.

BROCK, G. et al. clValid: an R Package for Cluster Validation. **Journal of Statistical Software**, v. 25, n. 4, mar. 2008.

BROWN, J.D. **Understanding research in second language learning: a Teacher's Guide to Statistics and Research Design**. Cambridge: Cambridge University Press, 1988. 250p.

CAMARGO JÚNIOR K.R. et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 58-68, 2008.

CASTILHO, C.O. Sistema Único de Saúde: filosofia, história e visão panorâmica da atualidade. In: **Rede Feministas de Saúde: a presença da mulher no controle social das Políticas de Saúde**. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2003. p. 33-50.

CERICATO, G.O.; GARBIN, D.; FERNANDES, A.P.S. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das equipes de saúde bucal. **Revista da Faculdade de Odontologia**, v. 12, n. 3, p. 18-23, 2007.

COSTA, A.A.A. O Movimento Feminista no Brasil: dinâmicas de uma Intervenção Política. **Gênero**, v. 5, n. 2, p. 9-35, 2005.

COSTA, A.M.; GUIMARÃES, M.C.L. **Controle social uma questão de cidadania: saúde é assunto para mulheres**. 3ed. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2000. 46p.

COSTA, G.D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 62, n. 1, p. 113-118, jun-fev. 2009.

DEMARZO, M.M.P.; OLIVEIRA, C.A.; GONÇALVES, D.A. **Prática clínica na Estratégia Saúde da Família: organização e registro**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2012. 11 p.

DUNN J.C. Well Separated Clusters and Optimal Fuzzy Partitions. **Journal on Cybernetics**, v. 4, n. 1, p. 95-104, 1974.

EGRY, E.Y.; FONSECA, R.M.G.S. A família, a visita domiciliar e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem**, v.34, n. 3, p. 233 - 239, set. 2000.

EVERITT, B.S. An R and S-PLUS® companion to multivariate analysis. 2ed. Londres: Springer, 2005. 221 p.

FARAH, M.F.S. Gênero e políticas públicas. **Revista Estudos Feministas**, v.12, n. 1, p. 71-74, jan-abr. 2004.

FARIA, H.P. et al. **Modelo assistencial e Atenção Básica da Saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 68p.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.3, p. 743-752, 2009.

FONSECA, R.M.G.S. Equidade de gênero e saúde das mulheres. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 4, p. 450-459, 2005.

FORTUNA, C.M. et al. O enfermeiro e as práticas de cuidados coletivos na estratégia saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 3, maio-jun 2011.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família, PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo técnico assistencial. In: MERHY, E.E. et al. (Org.). **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

FREITAS, W.M.F.; COELHO, E.A.C; SILVA, A.T.M.C.; GUEDES, R.N.; LUCENA, K.D.T.; COSTA, A.P.T. **Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor**. Revista de Saúde Pública, v. 43, n. 1, p. 85-90, 2009.

FREITAS, W.M.F. **Processo de trabalho e violência de gênero: a perspectiva dos profissionais da estratégia saúde da família**. 2013. 188f. Tese (Doutorado) – Pós-graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

GAN, G.; MA, C.; WU, J. **Data Clustering**: theory, algorithms, and applications. Philadelphia: SIAM, 2007. 466p.

HANDL J.; KNOWLES J.; KELL D.B. Computational Cluster Validation in Post-Genomic Data Analysis. **Bioinformatics**, v. 21, n. 15, p. 3201-3212, 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 10 out. 2012.

JOÃO PESSOA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. 1 ed. João Pessoa, 2010. 165p.

KUIPER, F.K.; FISHER, L. A Monte Carlo comparison of six clustering procedures. **Biometrics**, v. 31, n. 3, p. 777-783, set. 1975.

LOURENÇO, E.C. et al. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciência e saúde coletiva**, v. 14, n.1, p. 1367-1377, set-out. 2009.

MARX, K. **O Capital**. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1996. Livro 1, v. 1.

MAURER, J.; PIERCE, H. R. A comparison of Likertscale and traditional measures of self-efficacy. **Journal of Applied Psychology**, v. 83, n. 2, p. 324-329, abr. 1998.

MENDES, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E.V. (Org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 19-91.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: CEFOR, 1992. 53p.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo: HUCITEC, 1994. 278p.

MENDONÇA CS. Saúde da Família, agora mais do que nunca! **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 1493-1497, 2009.

MOTA, A.; SILVA, J.A.; SCHRAIBER, L.B. **Contribuições pragmáticas para a organização dos recursos humanos em saúde e para a história da profissão médica no Brasil: à obra de Maria Cecília Donnangelo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 60p.

NAPPI, J.C.B. et al. Os médicos na atenção básica no SUS, encontros e desencontros com os gestores de 50 municípios do estado de Rio Grande do Sul. **Revista de Ciências da Saúde**, v. 1, p. 79-88, 2003.

NOVAES RT. Do biológico e do social: um pequeno balanço. In: FLEURY S. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. 325p.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, ago. 1998.

PAIM, J.S. Políticas de descentralização e atenção primária a saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z. (Org.). **Epidemiologia & Saúde**, 5. ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, p. 489-503.

PAIM, J.S. Modelos de atenção a Vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, MZ; FILHO, NM. (Org.). **Epidemiologia & Saúde**. 6 ed. São Paulo: Medsi, 2003.

PAIM, J.S. **Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006. 158 p.

PAIM, J.S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA L. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 547-573.

PAULI, L.T.S. **A integralidade das ações em saúde e a intersetorialidade municipal**. 2007. 216 f. Tese (Doutorado) – Pós-graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2007.

PESSANHA R.V.; CUNHA F.T.S. A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na estratégia saúde da família. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 233-240, abr-jun. 2009.

RONZANI TM, STRALEN CJ. Dificuldades de Implantação do Programa de Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro. **Revista APS**, v. 6, n. 2, p. 99-107, jul-dez. 2003.

ROUSSEUW P. J. Silhouettes: a graphical aid to the interpretation and validation of cluster analysis. **Journal of Computational and Applied Mathematics**. v. 20, p. 53-65, nov. 1987.

SAFFIOTI, H.I.B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004. 151p.

SANCHEZ, R.N.; MINAYO, M.C.S. Violência contra Crianças e Adolescentes: Questão Histórica, Social e de Saúde. In: BRASIL. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 29-38.

SCHRAIBER, L.B. Histórias de Médicos: Vida de Trabalho entre a Prática Liberal e a Medicina Tecnológica. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**. v. 4, n.2, p. 345-363, jul-out. 1997.

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

SILVA, A.T.M.C. **A Reforma Psiquiátrica em João Pessoa: Possibilidades e Limites de Transformação do Trabalho em Saúde Mental**. 2003. Tese (Doutorado) – Pós-graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

SILVA, A.T.M.C.; BARROS, S. O Trabalho de enfermagem no hospital dia na perspectiva da reforma psiquiátrica em João Pessoa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n.3, p. 310-316, set. 2005.

SILVA JÚNIOR, A.G.; ALVES, C.A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M.V.G.C. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p.27-41.

SOUSA, M.F.; HAMANN, E.M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência&SaúdeColetiva**, v. 14, n. 1, p. 1325-1335, set-out. 2009.

STRUYF, A.; HUBERT, M.; ROUSSEUW, P. Clustering in an Object-Oriented Environment. **Journal of Statistical Software**, v. 1, n. 4, 1997.

TEIXEIRA, C.F. A Mudança do Modelo de Atenção à Saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA C.F.; SOLLA J.P. (Org.). **Modelo de Atenção à Saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: Edufba, 2006. p. 19-58.

VALLEJO, P.M.; SANZ, B.U.; BLANCO, Á.B. **Construcción de escalas de actitudes tipo likert: una guía pratica**. Madrid: Editorial Hespérides, 2003. 175 p.

VICKERS, A. Comparison of an ordinal and a continuous outcome measure of muscle soreness. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**, v. 15, n. 4, p. 709-716. 1999.

Apêndice A – Questionário Enfermeiras

DADOS PESSOAIS

1. Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino
 2. Idade: _____
 3. Estado Civil: ☐ Solteiro (a) ☐ Casado (a) ☐ Viúvo (a) ☐ Divorciado(a)/União Estável

DADOS DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

4. Graduado em: ☐ Enfermagem ☐ Medicina ☐ Odontologia
 5. Qual instituição foi realizada a sua graduação? ☐ Pública ☐ Privada
 6. Em que ano teve início a sua graduação? _____
 7. Em que ano teve fim a sua graduação? _____
 8. Cargo que ocupa: _____
 9. A quanto tempo trabalha na atenção básica? _____
 10. Exerce outra atividade além desta? ☐ Sim ☐ Não
 11. Possui especialização? ☐ Sim ☐ Não
 12. É especialista em: _____ Ano da especialização: _____
 13. Possui mestrado? ☐ Sim ☐ Não
 14. É mestre em: _____ Ano do mestrado: _____
 15. Possui doutorado? ☐ Sim ☐ Não
 16. É doutor em: _____ Ano do doutorado: _____
 17. O (a) senhor (a) participou de capacitação (ões) voltada (s) para o processo de trabalho realizada pela Secretaria Municipal de Saúde? ☐ Sim: Qual _____ ☐ Não
 18. O (a) senhor (a) participou de educação permanente relacionada às relações de Gênero e o Patriarcado realizada pela Secretaria Municipal de Saúde? ☐ Sim: Qual _____ ☐ Não

CONHECENDO O PROCESSO DE TRABALHO

I-Maria, 25 anos, alfabetizada, doméstica, comparece a USF em busca de sua medicação anti-hipertensiva e refere que sua pressão mesmo com o uso da medicação sempre está alta. O profissional que a acolhe verifica que Maria apresenta um olho roxo e que sua voz está tremula. Qual seria a sua conduta para essa situação?

Com relação a situação problema acima determine com que frequência você realiza as ações abaixo, isso em uma escala de 0 a 10, sendo 0- nunca e 10- sempre.

- 19- Realizo escuta qualificada e encaminhamento ao médico para prescrever medicação para estabilizar a pressão.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- 20- Realizo PTS (projeto terapêutico singular) junto a equipe de saúde da família.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

21- Encaminho ao médico e posteriormente solicito atendimento psicológico, através de encaminhamento.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

22- Solicito que Maria venha ao consultório e averiguo o que aconteceu para que a mesma esteja apresentando um olho roxo e aparentemente não está bem, e assim identificar as suas reais necessidades e então determinar as condutas adequadas.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

II-Joana, 42 anos, nutricionista, comparece a unidade após três anos sem realizar o Papanicolau, pois foi convencida pela ACS e refere que precisa ser rápido, pois só veio porque seu marido não se encontrava em casa. Ele não quer que ela fique abrindo suas pernas para estranhos. Entretanto na unidade não é dia do citológico.

Com relação a situação problema acima determine com que frequência você realiza as ações abaixo, isso em uma escala de 0 a 10, sendo 0- nunca e 10- sempre.

23- Verifico se a paciente possui alguma situação de risco para o desenvolvimento do câncer de colo de útero, caso não, informo a paciente sobre o dia do citológico e faço o agendamento.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

24- Verifico a disponibilidade da sala de coleta de citológico e solicito a realização da coleta.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

25- Converso com a usuária tentando compreender a situação para realizar o atendimento de suas necessidades naquele dia.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

26- Verifico com a usuária a disponibilidade de seu marido comparecer a unidade para ter uma conversa sobre a necessidade do citológico, bem como trabalho com a mesma a questão do auto cuidado com a finalidade de proporcionar o empoderamento da usuária sobre o seu corpo e sua vida, aliado a isso verifico como a sua solicitação pode ser atendida de forma que não ocorra prejuízos.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

III-Maria das Graças, 40 anos, casada, professora de ensino médio, terminou o tratamento de Tuberculose, e comparece a unidade para acompanhamento, a mesma apresenta-se ofegante, aparentemente indisposta e queixa-se do trabalho em casa, na escola e de ter que cuidar de toda a sua família, mal restando tempo para cuidar da sua saúde.

Com relação a situação problema acima determine com que frequência você realiza as ações abaixo, isso em uma escala de 0 a 10, sendo 0- nunca e 10- sempre.

27- Solicito os exames de sangue, a análise de escarro e peço que a paciente retorne para nova consulta após receber os resultados.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

28- Realizo anamnese associada à avaliação clínica do sistema respiratório, com o intuito de verificar se existe indícios dos sinais e sintomas apresentados estarem relacionados a

alguma patologia, e trabalho com a usuária a possibilidade de um descanso, para que a saúde possa ser reestabelecida de modo eficaz.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

29- Avalio o estilo de vida, hábitos alimentares, condições de higiene, de moradia, a relação familiar, com objetivo de identificar condições que possam influenciar no processo de saúde-doença.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

30- Avalio os aspectos biopsicossociais de Maria, para tanto faço uso do acolhimento, escuta qualificada, anamnese, e mediante as conclusões obtidas decidirei quanto a necessidade de solicitar de exames laboratoriais.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

IV-Luiza, 60 anos, cardiopata, hipertensa, diabética, ofegante, mal conseguindo andar, comparece a unidade sozinha, solicitando consulta médica, pois está muito cansada, com as carnes tremendo e suando frio. Entretanto já é o fim do expediente na unidade e o médico não se encontra.

Com relação a situação problema acima determine com que frequência você realiza as ações abaixo, isso em uma escala de 0 a 10, sendo 0- nunca e 10- sempre.

31- Solicito a verificação da pressão arterial e da glicemia, caso estejam normais a informo que retorne amanhã para avaliação médica, uma vez que não tem consulta marcada para hoje.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

32- Acalmo a paciente, verifico os sinais vitais, procuro entrar em contato com a família e verifico a disponibilidade de resolver a situação na unidade, caso contrário providencio a transferência para local adequado.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

33- Realizo o acolhimento da usuária e informo que a unidade está fechando, sendo necessário que procure assistência hospitalar.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

34- Providencio local adequado para que a usuária fique mais à vontade, procuro compreender mais a fundo as suas necessidades, bem como o que pode estar a proporcionar os sinais e sintomas apresentados e o porquê de uma senhora de idade, nessas condições, vir a unidade sem acompanhante e assim traço as ações adequadas para atender as necessidades.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

V-Ana, 15 anos, mãe de Clara, comparece a unidade para tratamento de dermatite de contato da sua filha de 3 anos, que há 2 meses está com prurido, ao ponto de ferir a pele e até o momento nenhum tratamento deu certo. Um dos profissionais ao brincar com a criança verifica que a menina reclama de dor ao ser abraçada, e possui hematomas abaixo da blusa, ao

questionar a mãe sobre isso, a mesma informa que não sabe, pois quem cuida dela são os sogros, apenas veio fazer a consulta porque foi obrigada e vai embora.

Com relação a situação problema acima determine com que frequência você realiza as ações abaixo, isso em uma escala de 0 a 10, sendo 0- nunca e 10- sempre.

- 35- Informo a situação para a apoiadora da unidade, solicitando que a situação venha a ser averiguada, quanto aos machucados que foram verificados e verifico se a criança foi atendida pelo médico e se identifico um possível tratamento.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- 36- Realizo o direcionamento para o médico da unidade, para que o mesmo trate da dermatite de contato.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- 37- Realizo o genograma familiar tendo Clara como paciente índice. Para tanto realizo reunião com a equipe de saúde da família a fim colher informações que ajudem a compreender melhor a situação e assim o problema e por fim traçar um projeto terapêutico singular.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- 38- Solicito que Ana venha ao meu consultório e questiono mais a fundo sobre a situação familiar e o ambiente no qual Clara está inserida, bem como verifico com a equipe o momento mais adequado para uma visita domiciliar e assim determino ações que possam proporcionar o bem estar biopsicossocial da criança, assegurando os seus direitos.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

VI-Maria das Neves, 50 anos, solteira, em pós-operatório tardio de uma mastectômica total comparece ao grupo de saúde da mulher e ao ser estimulada a falar relata que está muito triste, que não se sente bem ao sair de casa e sente muita dor, mesmo após a cirurgia.

Com relação a situação problema acima determine com que frequência você realiza as ações abaixo, isso em uma escala de 0 a 10, sendo 0- nunca e 10- sempre.

- 39- Oriento a procurar o médico para fazer controle da dor, o pós-operatório é complicado, mas ela vai conseguir vencer a doença e por isso não perca suas forças.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- 40- Tento trabalhar a questão social que vem associada com a mastectomia que possibilita condição de sofrimento e pode dificultar o restabelecimento da saúde.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- 41- Encaminho ao hospital de referência para aquisição de prótese de silicone com o intuito de melhorar a autoestima da usuária.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- 42- Averiguo a intensidade da dor e qual o seu padrão diário e a conduta que a mesma tem desenvolvido frente a dor e assim verifico a necessidade de uma avaliação especializada.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**POR FAVOR, ANTES DE ENTREGAR O QUESTIONÁRIO SOLICITAMOS QUE
VOCÊ SE CERTIFIQUE DE TER RESPONDIDO TODAS AS QUESTÕES.
AGRADECEMOS A SUA COLABORAÇÃO, POIS ELA É IMPORTANTE
PARA A MELHORIA DO SEU PROCESSO DE TRABALHO.**

Apêndice B – Questionário Médicos

DADOS PESSOAIS

1. Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino
 2. Idade: _____
 3. Estado Civil: ☐ Solteiro (a) ☐ Casado (a) ☐ Viúvo (a) ☐ Divorciado(a) ☐ União Estável

DADOS DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

4. Graduado em: ☐ Enfermagem ☐ Medicina ☐ Odontologia
 5. Qual instituição foi realizada a sua graduação? ☐ Pública ☐ Privada
 6. Em que ano teve início a sua graduação? _____
 7. Em que ano teve fim a sua graduação? _____
 8. Cargo que ocupa: _____
 9. A quanto tempo trabalha na atenção básica? _____
 10. Exerce outra atividade além desta? ☐ Sim ☐ Não
 11. Possui especialização? ☐ Sim ☐ Não
 12. É especialista em: _____ Ano da especialização: _____
 13. Possui mestrado? ☐ Sim ☐ Não
 14. É mestre em: _____ Ano do mestrado: _____
 15. Possui doutorado? ☐ Sim ☐ Não
 16. É doutor em: _____ Ano do doutorado: _____
 17. O (a) senhor (a) participou de capacitação (ões) voltada (s) para o processo de trabalho realizada pela Secretaria Municipal de Saúde? ☐ Sim: Qual _____ ☐ Não
 18. O (a) senhor (a) participou de educação permanente relacionada às relações de Gênero e o Patriarcado realizada pela Secretaria Municipal de Saúde? ☐ Sim: Qual _____ ☐ Não

CONHECENDO O PROCESSO DE TRABALHO

I-Maria, 25 anos, alfabetizada, doméstica, comparece a USF em busca de sua medicação anti-hipertensiva e refere que sua pressão mesmo com o uso da medicação sempre está alta. O profissional que a acolhe verifica que Maria apresenta um olho roxo e que sua voz está tremula. Qual seria a sua conduta para essa situação?

Com relação a situação problema acima determine com que frequência você realiza as ações abaixo, isso em uma escala de 0 a 10, sendo 0- nunca e 10- sempre.

19- Realizo escuta qualificada e prescrevo medicação para estabilizar a pressão.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20- Realizo PTS (projeto terapêutico singular) junto a equipe de saúde da família.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

21- Realizo atendimento médico e posteriormente solicito atendimento psicológico, através de encaminhamento.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

22- Solicito que Maria venha ao consultório para averiguar o que aconteceu para que a mesma esteja apresentando um olho roxo e aparentemente não está bem, e assim identifico as suas reais necessidades e então determino as condutas adequadas.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

II-Joana, 42 anos, nutricionista, comparece a unidade após três anos sem realizar o Papanicolau, pois foi convencida pela ACS e refere que precisa ser rápido, pois só veio porque seu marido não se encontrava em casa. Ele não quer que ela fique abrindo suas pernas para estranhos. Entretanto na unidade não é dia do citológico.

Com relação a situação problema acima determine com que frequência você realiza as ações abaixo, isso em uma escala de 0 a 10, sendo 0- nunca e 10- sempre.

23- Verifico se a paciente possui alguma situação de risco para o desenvolvimento do câncer de colo de útero, caso não, informo a paciente sobre o dia do citológico e faço o agendamento.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

24- Verifico a disponibilidade da sala de coleta de citológico e solicito a realização da coleta.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

25- Converso com a usuária tentando compreender a situação, para realizar o atendimento de suas necessidades naquele dia.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

26- Verifico com a usuária a disponibilidade de seu marido comparecer a unidade para ter uma conversa sobre a necessidade do citológico, bem como trabalho com a mesma a questão do auto cuidado com a finalidade de proporcionar o empoderamento da usuária sobre o seu corpo e sua vida, aliado a isso verifico como a sua solicitação pode ser atendida de forma que não ocorra prejuízos.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

III-Maria das Graças, 40 anos, casada, professora de ensino médio, terminou o tratamento de Tuberculose, e comparece a unidade para acompanhamento, a mesma apresenta-se ofegante, aparentemente indisposta e queixa-se do trabalho em casa, na escola e de ter que cuidar de toda a sua família, mal restando tempo para cuidar da sua saúde.

Com relação a situação problema acima determine com que frequência você realiza as ações abaixo, isso em uma escala de 0 a 10, sendo 0- nunca e 10- sempre.

27- Solicito os exames de sangue, a análise de escarro, Raio-xde tórax e peço que a paciente retorne para nova consulta após receber os resultados.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

28- Realizo anamnese associada à avaliação clínica do sistema respiratório, com o intuito de verificar se existe indícios dos sinais e sintomas apresentados estarem relacionados a alguma patologia, e trabalho com a usuária a possibilidade de um descanso, para que a saúde possa ser reestabelecida de modo eficaz.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

29- Avalio o estilo de vida, hábitos alimentares, condições de higiene, de moradia, a relação familiar, com objetivo de identificar condições que possam influenciar no processo de saúde-doença.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

30- Avalio os aspectos biopsicossociais de Maria, para tanto faço uso do acolhimento, escuta qualificada, anamnese, e mediante as conclusões obtidas decidirei quanto a necessidade de solicitar exames laboratoriais.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

IV-Luiza, 60 anos, cardiopata, hipertensa, diabética, ofegante, mal conseguindo andar, comparece a unidade sozinha, solicitando consulta médica, pois está muito cansada, com as carnes tremendo e suando frio. Entretanto já é o fim do expediente na unidade e o médico da unidade de saúde, a qual ela pertence não se encontra.

Com relação a situação problema acima determine com que frequência você realiza as ações abaixo, isso em uma escala de 0 a 10, sendo 0- nunca e 10- sempre.

31- Solicito a verificação da pressão arterial e da glicemia, caso estejam normais a informo que retorne amanhã para avaliação médica, uma vez que não tem consulta marcada para hoje.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

32- Acalmo a paciente, verifico os sinais vitais, procuro entrar em contato com a família e verifico a disponibilidade de resolver a situação na unidade, caso contrário providencio a transferência para local adequado.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

33- Realizo o acolhimento da usuária e informo que a unidade está fechando, sendo necessário que procure assistência hospitalar.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

34- Providencio local adequado para que a usuária fique mais à vontade, procuro compreender mais a fundo as suas necessidades, bem como o que pode estar a proporcionar os sinais e sintomas apresentados e o porquê de uma senhora de idade, nessas condições, vir a unidade sem acompanhante e assim traço as ações adequadas para atender as necessidades.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

V-Ana, 15 anos, mãe de Clara comparece a unidade para tratamento de dermatite de contato da sua filha de 3 anos, que há 2 meses está com prurido, ao ponto de ferir a pele e até o momento nenhum tratamento deu certo. Um dos profissionais ao brincar com a criança verifica que a menina reclama de dor ao ser abraçada, e possui hematomas abaixo da blusa, ao questionar a mãe sobre isso, a mesma informa que não sabe, pois quem cuida dela são os sogros, apenas veio fazer a consulta porque foi obrigada e vai embora.

Com relação a situação problema acima determine com que frequência você realiza as ações abaixo, isso em uma escala de 0 a 10, sendo 0- nunca e 10- sempre.

35- Informo a situação para a apoiadora da unidade, solicitando que a situação venha a ser averiguada quanto aos machucados que foram verificados e realizo atendimento médico da criança e determino conduta terapêutica.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

36- Realizo o tratamento da dermatite de contato.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

37- Realizo o genograma familiar tendo Clara como paciente índice. Para tanto realizo reunião com a equipe de saúde da família a fim colher informações que ajudem a compreender melhor a situação e assim o problema e por fim traçar um projeto terapêutico singular.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

38- Solicito que Ana venha ao meu consultório e questiono mais a fundo sobre a situação familiar e ambiente no qual Clara está inserida, bem como verifico com equipe o momento mais adequado para uma visita familiar e assim determinar ações que possam proporcionar o bem estar biopsicossocial da criança, assegurando os seus direitos.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

VI-Maria das Neves, 50 anos, solteira, em pós-operatório tardio de uma mastectomia total comparece ao grupo de saúde da mulher e ao ser estimulada a falar relata que está muito triste, que não se sente bem ao sair de casa e sente muita dor, mesmo após a cirurgia.

Com relação a situação problema acima determine com que frequência você realiza as ações abaixo, isso em uma escala de 0 a 10, sendo 0- nunca e 10- sempre.

39- Oriento a realizar consulta médica para fazer controle da dor, o pós-operatório é complicado, mas ela vai conseguir vencer a doença e por isso não perca suas forças.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

40- Tento trabalhar a questão social que vem associada com a mastectomia que possibilita condição de sofrimento e dificultar o restabelecimento da saúde.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

41- Encaminho ao hospital de referência para aquisição de prótese de silicone com o intuito de melhorar a autoestima da usuária.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

42- Averiguo a intensidade da dor e qual o seu padrão diário e a conduta que a mesma tem desenvolvido frente a dor e assim verifico a necessidade de uma avaliação especializada.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

POR FAVOR, ANTES DE ENTREGAR O QUESTIONÁRIO SOLICITAMOS QUE VOCÊ SE CERTIFIQUE DE TER RESPONDIDO TODAS AS QUESTÕES.

AGRADECEMOS A SUA COLABORAÇÃO, POIS ELA É IMPORTANTE PARA A MELHORIA DO SEU PROCESSO DE TRABALHO.

Apêndice C - Questionário Odontólogo

DADOS PESSOAIS

1. Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino
 2. Idade: _____
 3. Estado Civil: ☐ Solteiro (a) ☐ Casado (a) ☐ Viúvo (a) ☐ Divorciado(a) ☐ União Estável

DADOS DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

4. Graduado em: ☐ Enfermagem ☐ Medicina ☐ Odontologia
 5. Qual instituição foi realizada a sua graduação? ☐ Pública ☐ Privada
 6. Em que ano teve início a sua graduação? _____
 7. Em que ano teve fim a sua graduação? _____
 8. Cargo que ocupa: _____
 9. A quanto tempo trabalha na atenção básica? _____
 10. Exerce outra atividade além desta? ☐ Sim ☐ Não
 11. Possui especialização? ☐ Sim ☐ Não
 12. É especialista em: _____ Ano da especialização: _____
 13. Possui mestrado? ☐ Sim ☐ Não
 14. É mestre em: _____ Ano do mestrado: _____
 15. Possui doutorado? ☐ Sim ☐ Não
 16. É doutor em: _____ Ano do doutorado: _____
 17. O (a) senhor (a) participou de capacitação (ões) voltada (s) para o processo de trabalho realizada pela Secretaria Municipal de Saúde? ☐ Sim: Qual _____ ☐ Não
 18. O (a) senhor (a) participou de educação permanente relacionada às relações de Gênero e o Patriarcado realizada pela Secretaria Municipal de Saúde? ☐ Sim: Qual _____ ☐ Não

CONHECENDO O PROCESSO DE TRABALHO

I-Maria, 25 anos, alfabetizada, doméstica, comparece a USF em busca de sua medicação anti-hipertensiva e refere que sua pressão mesmo com o uso da medicação sempre está alta. O profissional que a acolhe verifica que Maria apresenta um olho roxo e que sua voz está tremula. Qual seria a sua conduta para essa situação?

Com relação a situação problema acima determine com que frequência você realiza as ações abaixo, isso em uma escala de 0 a 10, sendo 0- nunca e 10- sempre.

19- Realizo escuta qualificada e encaminho ao médico para prescrever a medicação para estabilizar a pressão.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20- Realizo PTS (projeto terapêutico singular) junto a equipe de saúde da família.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

21- Encaminho ao médico e posteriormente solicito atendimento psicológico, através de encaminhamento.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

22- Solicito que Maria venha ao consultório e averiguo o que aconteceu para que a mesma esteja apresentando um olho roxo e aparentemente não está bem, e assim identificar as suas reais necessidades e então determinar as condutas adequadas.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

II-Joana, 42 anos, nutricionista, comparece a unidade após três anos sem realizar o Papanicolau, pois foi convencida pela ACS e refere que precisa ser rápido, pois só veio porque seu marido não se encontrava em casa. Ele não quer que ela fique abrindo suas pernas para estranhos. Entretanto na unidade não é dia do citológico.

Com relação a situação problema acima determine com que frequência você realiza as ações abaixo, isso em uma escala de 0 a 10, sendo 0- nunca e 10- sempre.

23- Verifico se a paciente possui alguma situação de risco para o desenvolvimento do câncer de colo de útero, caso não, informo a paciente sobre o dia do citológico e faço o agendamento.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

24- Verifico a disponibilidade da sala de coleta de citológico e solicito a realização da coleta.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

25- Converso com a usuária tentando compreender a situação para realizar o atendimento de suas necessidades naquele dia.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

26- Verifico com a usuária a disponibilidade de seu marido comparecer a unidade para ter uma conversa sobre a necessidade do citológico, bem como trabalho com a mesma a questão do auto cuidado com a finalidade de proporcionar o empoderamento da usuária sobre o seu corpo e sua vida, aliado a isso verifico como a sua solicitação pode ser atendida de forma que não ocorra prejuízos.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

III-Maria das Graças, 40 anos, casada, professora de ensino médio, terminou o tratamento de Tuberculose, e comparece a unidade para acompanhamento, a mesma apresenta-se ofegante, aparentemente indisposta e queixa-se do trabalho em casa, na escola e de ter que cuidar de toda a sua família, mal restando tempo para cuidar da sua saúde.

Com relação a situação problema acima determine com que frequência você realiza as ações abaixo, isso em uma escala de 0 a 10, sendo 0- nunca e 10- sempre.

27- Solicito a análise de escarro e peço que a paciente retorne para nova consulta após receber os resultados.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

28- Realizo anamnese associada à avaliação clínica do sistema respiratório, com o intuito de verificar se existe indícios dos sinais e sintomas apresentados estarem relacionados a

alguma patologia, e trabalho com a usuária a possibilidade de um descanso, para que a saúde possa ser reestabelecida de modo eficaz.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

29- Avalio o estilo de vida, hábitos alimentares, condições de higiene, de moradia, a relação familiar, com objetivo de identificar condições que possam influenciar no processo de saúde-doença.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

30- Avalio os aspectos biopsicossociais de Maria, para tanto faço uso do acolhimento, escuta qualificada, anamnese, e mediante as conclusões obtidas decidirei quanto a necessidade de solicitar de exames laboratoriais.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

IV-Luiza, 60 anos, cardiopata, hipertensa, diabética, ofegante, mal conseguindo andar, comparece a unidade sozinha, solicitando consulta médica, pois está muito cansada, com as carnes tremendo e suando frio. Entretanto já é o fim do expediente na unidade e o médico não se encontra.

Com relação a situação problema acima determine com que frequência você realiza as ações abaixo, isso em uma escala de 0 a 10, sendo 0- nunca e 10- sempre.

31- Solicito a verificação da pressão arterial e da glicemia, caso estejam normais a informo que retorne amanhã para avaliação médica, uma vez que não tem consulta marcada para hoje.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

32- Acalmo a paciente, verifico os sinais vitais, procuro entrar em contato com a família e verifico a disponibilidade de resolver a situação na unidade, caso contrário providencio a transferência para local adequado.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

33- Realizo o acolhimento da usuária e informo que a unidade está fechando, sendo necessário que procure assistência hospitalar.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

34- Providencio local adequado para que a usuária fique mais à vontade, procuro compreender mais a fundo as suas necessidades, bem como o que pode estar a proporcionar os sinais e sintomas apresentados e o porquê de uma senhora de idade, nessas condições, vir a unidade sem acompanhante e assim traço as ações adequadas para atender as necessidades.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

V-Ana, 15 anos, mãe de Clara, comparece a unidade para tratamento de dermatite de contato da sua filha de 3 anos, que há 2 meses está com prurido, ao ponto de ferir a pele e até o momento nenhum tratamento deu certo. Um dos profissionais ao brincar com a criança verifica que a menina reclama de dor ao ser abraçada, e possui hematomas abaixo da blusa, ao

questionar a mãe sobre isso, a mesma informa que não sabe, pois quem cuida dela são os sogros, apenas veio fazer a consulta porque foi obrigada e vai embora.

Com relação a situação problema acima determine com que frequência você realiza as ações abaixo, isso em uma escala de 0 a 10, sendo 0- nunca e 10- sempre.

- 35- Informo a situação para a apoiadora da unidade, solicitando que a situação venha a ser averiguada, quanto aos machucados que foram verificados e verifico se a criança foi atendida pelo médico e se identifico um possível tratamento.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- 36- Realizo o direcionamento para o médico da unidade, para que o mesmo trate da dermatite de contato.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- 37- Realizo o genograma familiar tendo Clara como paciente índice. Para tanto realizo reunião com a equipe de saúde da família a fim colher informações que ajudem a compreender melhor a situação e assim o problema e por fim traçar um projeto terapêutico singular.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- 38- Solicito que Ana venha ao meu consultório e questiono mais a fundo sobre a situação familiar e o ambiente no qual Clara está inserida, bem como verifico com a equipe o momento mais adequado para uma visita familiar e assim determino ações que possam proporcionar o bem estar biopsicossocial da criança, assegurando os seus direitos.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

VI-Maria das Neves, 50 anos, solteira, em pós-operatório tardio de uma mastectômica total comparece ao grupo de saúde da mulher e ao ser estimulada a falar relata que está muito triste, que não se sente bem ao sair de casa e sente muita dor, mesmo após a cirurgia.

Com relação a situação problema acima determine com que frequência você realiza as ações abaixo, isso em uma escala de 0 a 10, sendo 0- nunca e 10- sempre.

- 39- Oriento a procurar o médico para fazer controle da dor, o pós-operatório é complicado, mas ela vai conseguir vencer a doença e por isso não perca suas forças.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- 40- Tento trabalhar a questão social que vem associada com a mastectomia que possibilita condição de sofrimento e pode dificultar o restabelecimento da saúde.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- 41- Encaminho ao hospital de referência para aquisição de prótese de silicone com o intuito de melhorar a autoestima da usuária.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- 42- Averiguo a intensidade da dor e qual o seu padrão diário e a conduta que a mesma tem desenvolvido frente a dor e assim verifico a necessidade de uma avaliação especializada.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

POR FAVOR, ANTES DE ENTREGAR O QUESTIONÁRIO SOLICITAMOS QUE VOCÊ SE CERTIFIQUE DE TER RESPONDIDO TODAS AS QUESTÕES. AGRADECEMOS A SUA COLABORAÇÃO, POIS ELA É IMPORTANTE PARA A MELHORIA DO SEU PROCESSO DE TRABALHO.

Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre o processo de trabalho desenvolvido na atenção básica e está sendo realizada pela pesquisadora Bruna Lopes da Silva, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação dos Professores Dra. Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva e do Prof^oDr. Ulisses Umbelino dos Anjos.

O objetivo do estudo é Analisar a assistência à saúde da mulher desenvolvida pelos profissionais da atenção básica de João Pessoa- PB sob o enfoque da violência de gênero.

A finalidade deste trabalho é avaliar se o processo de trabalho que está sendo desenvolvido na Atenção Básica para a saúde da mulher é condizente com o Modelo de Saúde que é proposto pelo Sistema Único de Saúde, se o mesmo está embasado nas questões de gênero e assim possibilitando ações de saúde para a mulher de forma integral.

O estudo tem como benefício proporcionar uma melhor compreensão do processo de trabalho, bem como possibilitar a identificação de meios que proporcionem um processo de trabalho que alcance as mulheres de forma mais eficiente e assim as suas necessidades.

Solicitamos a sua colaboração para responder o questionário, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a).

Garantimos preservar o anonimato, o sigilo das informações e o direito a sua desistência em qualquer momento, sem qualquer dano, prejuízo ou lesão à sua pessoa, conforme a Resolução 446/12.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Contato com a Pesquisadora Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora a Bruna Lopes da Silva.

Endereço: UFPB/CCEN/Departamento de Estatística- Programa de Pós-graduação em Modelos de Decisão e Saúde, Cidade Universitária, Campus I.

Telefone: (83)8630-4272

Ou

Comitê de Ética em Pesquisa do CCS/UFPB – Cidade Universitária / Campus I Bloco Arnaldo Tavares, sala 812 – Fone: (83) 3216-7791

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Obs.: O sujeito da pesquisa e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo suas assinaturas na última página do referido Termo.

Anexo I - Termo de Anuência

Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES



João Pessoa, 08 de julho de 2013.

Processo: 10.520/2013

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos, para os devidos fins, que a pesquisa intitulada **“A SAÚDE DA MULHER E O PROCESSO DE TRABALHO DESENVOLVIDO NA ATENÇÃO BÁSICA”**, a ser desenvolvida pela pesquisadora **BRUNA LOPES DA SILVA**, está autorizada.

Igualmente, informamos que o acesso à rede de serviços de atenção à saúde fica condicionado à apresentação de Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

A Certidão deve ser apresentada a esta Gerência de Educação na Saúde (GES) para obtenção do encaminhamento da pesquisadora para a coleta dos dados junto ao Serviço.

Atenciosamente,

Maria do Rosário de Araújo Lima
Gerente da Educação na Saúde/SMS/JP
Matrícula 75298-3

Anexo II - Certidão do Comitê de Ética e Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 9ª Reunião realizada no dia 17/09/2013, o projeto de pesquisa intitulado: “A SAÚDE DA MULHER E O PROCESSO DE TRABALHO DESENVOLVIDO NA ATENÇÃO BÁSICA” da Pesquisadora Bruna Lopes da Silva. Prot. nº 0467/13. CAAE: 1867741313.1.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Drª Eliane Marques D. Sousa
Coordenadora CEP/CCS/UFPB
Mat. SIAPE: 0332618

Anexo III - Encaminhamento para coleta de dados

Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES



João Pessoa, 03 de outubro de 2013

Processo nº 10. 520/2013

ENCAMINHAMENTO

AOS DS I, II, III, IV, V

Cumprimentando-os cordialmente, encaminhamos a pesquisadora **BRUNA LOPES DA SILVA**, para a realização da coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado **“SAÚDE DA MULHER E O PROCESSO DE TRABALHO DESENVOLVIDO NA ATENÇÃO BÁSICA”** a ser realizada neste serviço, conforme o processo nº 13.817/2013.

Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas na Rede SUS de João Pessoa, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Rosane Gomes Sabino
Téc. da Gerência da
Educação na Saúde
Mat. 34.112-6

Cristiane Mélo Poletto
Gerente de Educação na Saúde