

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE

Amina Nasser Yasin

**IMPACTO DA VULNERABILIDADE SOCIAL NO TRABALHO DE
UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DA EQUIPE TÉCNICA**

Santa Maria, RS
2020

Amina Nasser Yasin

**IMPACTO DA VULNERABILIDADE SOCIAL NO TRABALHO DE UMA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA
EQUIPE TÉCNICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Atenção Básica / Estratégia Saúde da Família**.

ORIENTADORA: Prof.^a Dr.^a Liane Beatriz Righi

Santa Maria, RS
2020

Amina Nasser Yasin

**IMPACTO DA VULNERABILIDADE SOCIAL NO TRABALHO DE UMA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA
EQUIPE TÉCNICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Atenção Básica / Estratégia Saúde da Família**.

Aprovado em 13 de março de 2020:

Liane Beatriz Righi, Dra. (UFSM)
(Presidenta/Orientadora)

Jessye Melgarejo do Amaral Giordani, Dr. (UFSM)

Laís Mara Caetano da Silva, Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS
2020

RESUMO

IMPACTO DA VULNERABILIDADE SOCIAL NO TRABALHO DE UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE TÉCNICA

AUTORA: Amina Nasser Yasin

ORIENTADORA: Liane Beatriz Righi

A Estratégia Saúde da Família, em sua implantação na década de 90, deu-se como um método para fortalecer a Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde, trazendo consigo princípios norteadores, e sendo assim um novo modelo assistencial, com o enfoque em questões como atenção às famílias, promoção de saúde, vínculo com o usuário e atuação intersetorial. Desde a legislação de criação do Sistema Único de Saúde, considera-se a correlação entre condições de saúde e fatores como alimentação, renda, saneamento básico, dentre outros. Dessa forma, atualmente, há o reconhecimento da associação entre determinantes sociais da saúde e vulnerabilidade, em contraposição a uma visão estritamente biomédica do processo saúde-doença. Neste trabalho, analisou-se o impacto da vulnerabilidade social, bem como seus reflexos no processo de trabalho de uma Estratégia Saúde da Família, com base na percepção dos profissionais da equipe técnica. Foi realizado um estudo de caráter qualitativo exploratório, utilizando entrevistas semiestruturadas com sete profissionais da equipe técnica de uma Estratégia Saúde da Família. As entrevistas foram transcritas e, na sequência, passaram por uma análise de conteúdo. Desse modo, apoiando-se na percepção dos profissionais, também foi possível identificar fragilidades e demandas no trabalho da equipe técnica e da rede de saúde.

Palavras-chave: Análise de Conteúdo. Demandas. Entrevistas Semiestruturadas. Fragilidades.

ABSTRACT

IMPACT OF SOCIAL VULNERABILITY IN THE WORK OF A FAMILY HEALTH STRATEGY: PERCEPTION OF THE TECHNICAL TEAM PROFESSIONALS

AUTHOR: Amina Nasser Yasin

ADVISOR: Liane Beatriz Righi

The Family Health Strategy, in its implementation in the 90s, was a method to strengthen Primary Health Care of the Unified Health System, bringing with it guiding principles, and thus being a new assistance model, with a focus on issues such as care to families, health promotion, linking to users and intersectoral actions. Since the legislation of Unified Health System creation, the correlation between health conditions and factors such as feeding, incomes, basic sanitation, among others, has been considered. Thus, there is currently recognition of the association between social determinants of health and vulnerability, as opposed to a strictly biomedical view of the health-disease process. In this work, the impact of social vulnerability was analyzed, as well as its reflexes in the work process of an Family Health Strategy, based on the perception of the professionals of the technical team. An exploratory qualitative study was carried out, using semi-structured interviews with seven professionals from the technical team of an Family Health Strategy. The interviews were transcribed and, subsequently, underwent a content analysis. In this way, based on the professionals' perception, it was also possible to identify weaknesses and demands in the work of the technical team and of the health network.

Keywords: Content Analysis. Demands. Semi-structured Interviews. Weaknesses.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
1.1	JUSTIFICATIVA	7
1.2	OBJETIVOS	8
1.2.1	Objetivo Geral	8
1.2.2	Objetivos Específicos	8
2	METODOLOGIA	9
2.1	DELINEAMENTO	9
2.2	PARTICIPANTES	9
2.3	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	9
2.4	INSTRUMENTOS	10
2.5	ANÁLISE DOS DADOS	10
2.6	ASPECTOS ÉTICOS	10
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	12
3.1	PERCEPÇÃO DA EQUIPE TÉCNICA EM RELAÇÃO À VULNERABILIDADE	12
3.1.1	Impacto da vulnerabilidade social nos profissionais	14
3.1.2	Reflexo da vulnerabilidade social no processo de trabalho	15
3.2	OFERTAS E DEMANDAS DA EQUIPE TÉCNICA E DA REDE DE SAÚDE ...	16
3.2.1	Percepções acerca do trabalho da equipe técnica	17
3.2.1.1	<i>Ofertas</i>	17
3.2.1.2	<i>Demandas</i>	18
3.2.1.3	<i>Fragilidades</i>	19
3.2.2	Percepções acerca do trabalho em rede	19
3.2.2.1	<i>Ofertas</i>	19
3.2.2.2	<i>Demandas</i>	20
3.2.2.3	<i>Fragilidades</i>	22
4	CONCLUSÃO	23
4.1	POSSÍVEIS MEDIDAS PARA UMA MELHORIA NA ATENÇÃO ÀS POPU- LAÇÕES VULNERÁVEIS	23
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	26
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARE- CIDO	27
	APÊNDICE C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	29
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	31

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada na década de 90, como um método para fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para a garantia dos princípios de equidade, integralidade, universalização, hierarquização, descentralização e participação da comunidade. Dá-se como um novo modelo assistencial com enfoque na atenção à família, observando o estilo de vida, as questões ambientais e a promoção de saúde (BRASIL, 1997).

A implementação da ESF foi um marco importante na APS, abordando cuidados primários interna e externamente, baseando-se nos princípios citados anteriormente para o desenvolvimento de práticas em saúde, vínculo com o usuário, articulação com a rede assistencial, atuação intersetorial, dentre outros (GIOVANELLA et al., 2009; MACINKO; ALMEIDA; OLIVEIRA, 2003). A ESF, dentro de uma dimensão técnico-assistencial, mostra-se mais efetiva do que o modelo de Unidade Básica de Saúde tradicional em relação ao desempenho, ao trabalho multidisciplinar, ao acolhimento, à humanização, à orientação comunitária, ao enfoque familiar e ao vínculo (ARANTES; SHIMIZU; MERCHAN-HAMANN, 2016).

Carmo e Guizardi (2018) apontam que, desde a legislação de criação do SUS (Lei 8080/1990), considera-se que as condições de saúde se relacionam a fatores determinantes como: alimentação, renda, saneamento básico e acesso a bens e serviços, dentre outros. Desta forma, atualmente, há o reconhecimento da associação entre determinantes sociais da saúde e vulnerabilidade, em contraposição a uma visão estritamente biomédica do processo saúde-doença. Tal concepção amplia a compreensão acerca da ação das políticas de saúde sobre os múltiplos fatores que impactam no cotidiano dos sujeitos e populações, contribuindo ou não para a promoção da saúde.

É importante ressaltar que foi utilizada a definição de vulnerabilidade em consonância com a perspectiva de Ayres et al. (1999), na qual a ênfase não está atrelada à vulnerabilidade individual, mas sim à interface indivíduo-coletivo. Assim, segundo os autores, há três faces do conceito: a Vulnerabilidade Individual que, em termos de saúde, relaciona-se à quantidade e qualidade das informações que os sujeitos obtêm sobre seus problemas de saúde, seu entendimento e aplicação na prática. Também, há a Vulnerabilidade Social, que se refere ao acesso a bens e serviços, bem como a informações, além da disponibilidade ou não de recursos materiais e cognitivos e a possibilidade de participar de decisões políticas e institucionais. E, por fim, há a Vulnerabilidade Programática, que consiste na avaliação dos serviços para responder ao controle de enfermidades e o potencial e qualidade do compromisso de tais instituições, seus recursos, sua gerência e o monitoramento de seus programas em diferentes níveis de atenção à saúde.

Ayres (2002) pontua que tal conceito constitui-se como um convite para renovação das práticas em saúde enquanto práticas históricas e sociais, através do trabalho com diferentes se-

tores da sociedade e pela transdisciplinaridade. Desta forma, seria possível repensar a prática crítica e dinamicamente, contribuindo com mudanças que propiciem impacto nos perfis epidemiológicos. É importante destacar que a própria questão da dificuldade de acesso aos serviços de saúde se constitui enquanto importante indicador de vulnerabilidade (SANCHEZ; BERTOLOZZI, 2007). Nesta perspectiva, Palma e Mattos (2001 apud SANCHEZ; BERTOLOZZI, 2007), definem o conceito de vulnerabilidade social, interligando-o a processos de exclusão, discriminação e enfraquecimento de grupos sociais e sua capacidade de reação.

Já em relação ao conceito de percepção, foi utilizada a definição do *Dictionary of Cognitive Science* (HOUDE et al., 2004), a qual, de acordo com a Psicologia, é designada como um processo por meio do qual o organismo torna-se consciente de seu ambiente com base em informações captadas por seus sentidos. Do ponto de vista cognitivo, uma das funções da percepção é interpretar dados sensoriais e, portanto, processar informações. Esse processamento se baseia em informações sensoriais extraídas diretamente de estímulos ou, no conhecimento do sujeito, expectativas, motivações e assim por diante.

Indo além do problema da percepção em si, Gibson (2014) introduziu o conceito de *affordance*. Uma *affordance* é uma propriedade objetiva de um estímulo cujo significado para um determinado organismo depende das necessidades do organismo e da capacidade de detectar essa propriedade. Dessa forma, as ações de um sujeito são limitadas pelo seu nicho ecológico e pelas possibilidades que o ambiente oferece àquele indivíduo em particular.

No presente trabalho, utilizou-se também o conceito de impacto, o qual foi o produto das análises da pesquisa. Tal termo é definido como “uma perturbação intensa; o que produz um efeito muito forte em; efeito que, por sua força, impede ou acarreta mudanças” (DICIO, 2019; MICHAELIS, 2019).

1.1 JUSTIFICATIVA

Tendo em vista que a ESF foi criada também como uma proposta alternativa de cuidado para áreas de maior vulnerabilidade social, entende-se que pesquisar esta temática seja relevante para que se possa propor possíveis medidas que venham a contribuir para a melhoria na atenção às populações vulneráveis. Além disso, a inserção nesse campo de atuação despertou reflexões e o interesse em aprofundar o estudo acerca desse tema.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar o impacto da vulnerabilidade social no trabalho de uma ESF.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Analisar a percepção de profissionais da equipe técnica de uma ESF acerca do impacto da vulnerabilidade social no seu trabalho;
- Discutir os reflexos da vulnerabilidade social no processo de trabalho da equipe técnica de uma ESF;
- Identificar demandas e fragilidades relacionadas à vulnerabilidade social no trabalho da equipe técnica de uma ESF e no trabalho em rede.

2 METODOLOGIA

A presente pesquisa originou-se de um projeto inicial denominado “Impacto da Vulnerabilidade Social no trabalho de uma Estratégia Saúde da Família”, o qual foi realizado por duas residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria.

Ambas participaram ativamente da construção do projeto e da realização da pesquisa, porém, visto que para fins de conclusão do curso há a necessidade da entrega de trabalhos individuais, o projeto foi desmembrado, sendo esta monografia destinada a abordar apenas a percepção dos profissionais da equipe técnica da ESF na qual a pesquisa foi realizada.

2.1 DELINEAMENTO

Este estudo consiste em uma pesquisa com caráter qualitativo exploratório, a qual tem como objetivo compreender detalhadamente atitudes, valores, motivações, crenças e comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos. Assim, ela propicia a compreensão das relações entre atores sociais e sua situação (BAUER; GASKELL, 2002). Segundo Gomes (2012), o foco principal da pesquisa qualitativa é a exploração de um conjunto de opiniões sobre o tema que se pretende investigar.

2.2 PARTICIPANTES

Integraram este estudo quatorze profissionais de uma ESF, localizada no município de Santa Maria - RS. Por questões de sigilo e anonimato, os entrevistados foram identificados com a letra “P” de “Participante”, e numerados de 1 a 14, de acordo com a ordem de realização das entrevistas.

Na presente monografia foram utilizadas somente as entrevistas dos profissionais da equipe técnica (duas enfermeiras, dois técnicos em enfermagem, uma médica, uma cirurgiã-dentista e uma auxiliar de consultório dentário), totalizando sete participantes.

2.3 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi apresentado aos profissionais da ESF na qual foi realizada a pesquisa, a fim de que pudessem conhecer a proposta do estudo e seus objetivos. Após esse procedimento inicial, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética

em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), via Plataforma Brasil. A partir da aprovação do CEP, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 19016119.5.0000.5346, deu-se início à coleta de dados.

2.4 INSTRUMENTOS

Tendo em vista o delineamento do estudo, foram realizadas entrevistas qualitativas, pois estas pressupõem uma análise em profundidade dos dados, a fim de construir informações (BAUER; GASKELL, 2002; MINAYO, 2014).

As entrevistas ocorreram por meio de um roteiro semiestruturado, com duração de aproximadamente quinze minutos. Para Minayo (2014), tal modalidade permite que o entrevistado tenha a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem que necessite se prender à pergunta inicial. Além disso, para o entrevistador, possibilita a elaboração de um roteiro no qual suas hipóteses e pressupostos sejam contemplados na conversa. As entrevistas, as quais foram audiogravadas, foram realizadas nas dependências da ESF. Após a realização, as entrevistas foram transcritas na íntegra.

2.5 ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram, inicialmente, transcritas, visando a sua análise. O estudo tem um caráter qualitativo e exploratório e, para contemplar tais objetivos, os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1979). Segundo Minayo (2014), a Análise de Conteúdo é uma técnica de pesquisa que possibilita tornar replicáveis e válidos dados de um determinado contexto. Do ponto de vista operacional, parte-se de uma leitura em primeiro plano das falas, para atingir um nível mais profundo, ou seja, que ultrapasse o sentido manifesto do material coletado. Dessa forma, os procedimentos levam a relacionar significantes com significados e a articular os enunciados com variáveis culturais, psicossociais, e processos de produção de mensagem. O procedimento adotado para análise consistiu, num primeiro momento, da leitura cuidadosa e detalhada de cada entrevista e, posteriormente, do conjunto das entrevistas, momento no qual as categorias de análise foram definidas.

2.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi encaminhado para avaliação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPeS), da Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria - RS, e registrado

no Sistema de Informações para o Ensino (SIE) do Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS). Por fim, o protocolo do projeto de pesquisa foi registrado na Plataforma Brasil visando à avaliação pelo CEP da UFSM.

Os preceitos que regem a ética em pesquisas com seres humanos foram contemplados, conforme a Resolução n° 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2016), de modo a proteger os direitos dos participantes, entre eles, a garantia de que o participante poderia desistir de sua participação na pesquisa ou interrompê-la a qualquer momento, sem que houvesse prejuízo; o sigilo das identidades dos participantes; a garantia de confidencialidade das informações fornecidas e o caráter voluntário na participação do estudo. Assim, nesta pesquisa os riscos foram mínimos; ainda assim, se houvesse a identificação de qualquer desconforto suscitado pela pesquisa, haveria uma avaliação do caso e, se necessário, o encaminhamento do participante para atendimento psicológico em um serviço público de saúde, após conversa.

Quanto aos benefícios, esses puderam ser constatados a curto prazo a partir da possibilidade de escuta oferecida aos participantes, no momento da entrevista, considerando que foi abordado um tema caro a eles. A médio e longo prazo, os benefícios poderão decorrer dos resultados da pesquisa, que contribuirão para a elaboração de conhecimentos referentes à temática em questão, suscitando reflexões sobre o tema, assim como pela possibilidade de publicação dos resultados do estudo em revistas científicas da área.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos participantes (APÊNDICE B) foi assinado e entregue aos participantes que aceitaram participar do estudo, após a leitura do mesmo e esclarecimento das dúvidas. O Termo de Confidencialidade (APÊNDICE C) foi, também, assinado. Os dados coletados foram gravados, e posteriormente transcritos, caso houvesse consentimento do participante, conforme indicado pelo TCLE e ficará sob a responsabilidade da professora pesquisadora, na sala n° 1246 (Laboratório de Epidemiologia) do Departamento de Saúde Coletiva, prédio 26, do CCS, sendo destruídos após cinco anos da finalização da pesquisa.

Após a finalização do estudo, as pesquisadoras farão a devolução dos resultados para os profissionais entrevistados, possivelmente em uma reunião de equipe. Para efetivar esta devolução, as pesquisadoras compartilharão os resultados do estudo em um encontro previamente agendado, no qual os participantes da pesquisa serão convidados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da Análise de Conteúdo das entrevistas, foram elencadas duas grandes categorias: **Percepção da equipe técnica em relação à vulnerabilidade**, abrangendo o entendimento e percepção dos profissionais acerca do tema; e **Ofertas e demandas da equipe técnica e da rede de saúde**, relacionando ofertas, demandas, processo de trabalho e trabalho em rede.

3.1 PERCEPÇÃO DA EQUIPE TÉCNICA EM RELAÇÃO À VULNERABILIDADE

A ESF foi criada de modo a facilitar o acesso e qualificar a atenção à saúde da população, tendo como foco as famílias. É composta por equipes multiprofissionais, responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada (BRASIL, 2006).

Aos profissionais das equipes de ESF são atribuídas responsabilidades individuais e grupais. Cabe a todos a participação no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, a fim de identificar grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, bem como promover a contínua melhoria dessas informações (ANDRADE et al., 2004).

De acordo com a percepção dos profissionais da equipe técnica da ESF, na qual foi realizada a pesquisa, todos concordaram que existem populações vulneráveis dentro do território coberto pela ESF:

“Ah, definitivamente sim. [...]” (P11)

“Sim.” (P6)

Porém, embora os profissionais reconheçam que existem áreas mais vulneráveis, as opiniões são heterogêneas acerca da quantidade de famílias em situação de vulnerabilidade:

“[...] Ainda não debatemos qual seria a quantidade em relação ao total da área. Pela minha percepção, eu acredito que são muitas. Muitas famílias.” (P6)

“Muitas. [...] Ai, eu não sei o número exato. A gente sabe que existe pelos indicadores, através do que a gente olha, pelo painel, pelos agentes comunitários, pela lista dos agentes comunitários, e das visitas domiciliares.” (P13)

“Sim. [...] Eu acho que existem muitas.” (P14)

“[...] Eu acredito que seja médio. [...]” (P5)

No entanto, os profissionais identificam que existem áreas mais afetadas pela vulnerabilidade social, as quais, geralmente, se encontram nas regiões mais afastadas da ESF:

“Sim, existem famílias, existem pessoas que moram mais distantes da nossa área, que esses são mais, que apresentam mais vulnerabilidade social, sim. [...]” (P5)

“[...] A gente tem uma área mista. Algumas microáreas com, não que eu não identifico vulnerabilidade social, mas algumas microáreas de alta vulnerabilidade social. [...]” (P11)

Um instrumento que auxilia na avaliação da vulnerabilidade das famílias, com importante potencial de utilização no planejamento das ações das equipes, é a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi, a qual utiliza sentinelas de risco avaliadas na primeira visita domiciliar realizada pelo agente comunitário de saúde (ACS) (SAVASSI; LAGE; COELHO, 2012).

Essas sentinelas foram selecionadas por sua relevância epidemiológica, sanitária e pelo potencial de impacto na dinâmica familiar, por meio de diferentes mecanismos, tais como utilização de serviços de saúde, impacto socioeconômico, nas inter-relações entre os indivíduos do núcleo familiar e no trabalho. A partir da soma dos escores de risco de cada família, elas são classificadas em risco menor (R1), risco médio (R2) ou risco máximo (R3) (SAVASSI; LAGE; COELHO, 2012).

Alguns profissionais entendem por famílias vulneráveis aquelas que se encontram em situação de risco 3, ressaltando que o processo de mapeamento de risco pelos ACSs está em andamento:

“[...] A gente está em processo de verificação, através do desenvolvimento da Escala de Coelho pelas agentes de saúde. [...]” (P6)

“[...] Agora a gente está voltando, e está iniciando um trabalho de conhecer pessoalmente as famílias que estão na classificação da Escala de Coelho dos agentes de saúde em risco 3. [...]” (P11)

Pela percepção do restante dos profissionais, a vulnerabilidade social não se limita às barreiras físicas e econômicas, incluindo também barreiras cognitivas, o que acaba, normalmente, requerendo um atendimento diferenciado e com linguagem mais coloquial:

“[...] acho que a questão de vulnerabilidade social envolve também o que essas pessoas entendem, né? Então eu acho que tem um território. Não é que o critério de pobreza é igual à vulnerabilidade social. Eu acho que tem famílias, eu acho que é média quantidade assim. Não devido a barreiras físicas de acessar a unidade. Existem barreiras da parte cognitiva de entender também, né? O que a gente tenta passar pra eles. É isso.” (P5)

“[...] o problema de saúde dela vamos dizer que seja 15% do problema, né? O resto é mais social, é o emprego, é falta de perspectiva, falta de segurança, é questão familiar também. [...]” (P4)

“[...] alguns não são alfabetizados, ou enfim, né? Como talvez não tenham frequentado toda a escola. Aí eu acho que, às vezes, eles não entendem uma língua muito técnica, né? [...]” (P14)

“[...] Porque assim como eles têm essa vulnerabilidade socioeconômica, acaba tendo uma vulnerabilidade também no entendimento deles com relação ao cuidado também. [...]” (P13)

“[...] Porque a situação de vulnerabilidade envolve muitas coisas, né? Ela é multifatorial. [...]” (P11)

3.1.1 Impacto da vulnerabilidade social nos profissionais

Em razão de casos de vulnerabilidade com baixa resolutividade, os profissionais comentam que, muitas vezes, sentem-se impotentes:

“Sinceramente, às vezes, o cara se sente impotente. Tem coisas que tu fica engessado, tem coisa que tu consegue dar um norte pro paciente, pro usuário ali, mas tem coisas que tu te limita. [...]” (P4)

“[...] Então eu me sinto bastante... [impotente] vejo que a equipe não dá conta, não atende a essas necessidades.” (P5)

“Impotente. Na maioria das vezes impotente, né? Porque, às vezes, a gente não tem o que fazer, né? Mas eu tento filtrar assim, mas não é muito fácil, não. Querendo ou não essa pessoa vai voltar aqui, tu vai ver ela de novo, tu vai saber da situação dela. [...]” (P12)

“Às vezes, a gente se sente um pouco impotente, né? Porque, às vezes, tem coisas que realmente num cenário dentro da Saúde da Família que a gente não consegue mudar. [...]” (P14)

Em casos mais extremos, o sentimento de não conseguir ajudar faz com que os profissionais absorvam um pouco da situação, causando uma certa angústia:

“[...] E algumas vezes a gente tenta, mas o serviço é burocratizado, não consegue, ou chega em algumas limitações que a gente, às vezes, não consegue muito bem lidar, não consegue resolver. E isso aí é bem angustiante também. Então, lidar com vulnerabilidade também lida com as nossas vulnerabilidades enquanto profissionais, né?” (P11)

“Ai, eu acho que gera um impacto, sim. Na equipe assim, porque a gente, às vezes, acaba que absorve um pouco a situação, né? Se tu vê, por exemplo, maus tratos, ou assim, até a parte de violência assim, com a mulher, né? E abuso também. Eu acredito que sim. Eu fico pelo menos, né? Quando, se eu fico sabendo, eu fico bem... às vezes até eu tenho que dar uma conversadinha por fora com alguém aí pra eu poder ficar melhor. [...]” (P12)

Ainda, a empatia pelos pacientes acaba gerando um incômodo:

“Eu me sinto bastante incomodada, e me preocupo em dar uma atenção maior pra essa população. [...]” (P6)

“Incomodada. Porque [silêncio] porque, às vezes, me deparar com uma situação de vulnerabilidade me incomoda pessoalmente, sabe? Não só profissionalmente. Às vezes, eu volto pra casa pensando no paciente, sabe? É difícil, às vezes, de lidar com isso. Porque nem sempre a gente consegue ofertar o que o paciente precisa. Nem sempre a gente consegue resolver. E, às vezes, a gente se depara com situações de vida que parece que as próprias pessoas estão imobilizadas naquela situação. E aí tu para e pensa assim: ‘Meu Deus, como é que eles vivem assim? O quanto poderia ser melhor, né?’ E, às vezes, a gente vai embora pensando assim, e isso me incomoda um pouco. E eu também, quando me sinto [silêncio] quando eu me deparo com uma situação de muita vulnerabilidade, principalmente com criança... Eu acho que agora que eu sou mãe isso me incomoda um pouco mais, sabe? Isso me emociona assim.

Eu vou embora muito fragilizada, eu acho. Eu fico pensando na criança depois, sabe? [...] Então, eu me sinto eu acho que é incomodada a palavra. Quando eu me deparo com uma situação assim. Principalmente pela limitação profissional que a gente tem. Não conseguir resolver tudo. Mas também por, às vezes, não ver o usuário se corresponsabilizar à altura do esforço da gente.” (P11)

3.1.2 Reflexo da vulnerabilidade social no processo de trabalho

Em casos nos quais é possível perceber que o usuário se encontra em uma situação de vulnerabilidade social, os profissionais comentam sobre a necessidade de adaptação da linguagem e de uma atenção especial a esses casos:

“Na verdade, às vezes, no processo de trabalho, é tentado fazer alguma coisa voltada, mas é bem complexo, ao meu ver é bem complexo tu manejar isso aí pra dentro do processo de trabalho, de atender esse usuário diferenciado, no atendimento desse mais vulnerável, mas é tentado alguma coisa, até uma conduta, uma orientação, um exemplo, a gente consegue passar pra uma pessoa mais vulnerável, que tem menos informação, às vezes. Eu procuro pelo menos fazer isso, de entrar no mundo dele, digamos assim, né?” (P4)

“[...] Então acaba com que a gente tenha que fazer uma orientação diferenciada, ter um olhar diferenciado, acaba tendo que ter um atendimento diferente dos demais, pra que eles consigam, de repente, com o passar do tempo, uma condição de vida melhor.” (P13)

“[...] Eu acho que assim... Na verdade, eu acho que o processo de trabalho pra trabalhar com esse público mais vulnerável, eu acredito que realmente tem que ser um pouco diferente [...] Então acho que uma das maiores adaptações que a gente tem que fazer é falar a língua deles, né? E explicar bem o ‘beabá’ assim. [...] Desde como se toma remédio. Eu acho que isso assim. [...]” (P14)

“[...] Aí tu procura dar o melhor que tu pode pra ela aqui dentro, né? Se tu vai atender ela, atender ela com carinho, né? E conversar, e buscar escutar, e fazer uma, quando vem um acolhimento, a gente buscar escutar melhor, né? Porque, às vezes, tem outras coisas por trás, né? Que não só aquela queixa, né? Quando a pessoa vem muito também. Acredito que seja isso.” (P12)

Nesses casos, os profissionais também relatam a necessidade de se conhecer melhor a realidade dessas famílias, e de se tentar criar um vínculo com essas famílias, facilitando o seu acesso à Unidade:

“[...] depois do mestrado em Saúde da Família, eu consegui pensar e repensar várias coisas no meu processo de trabalho, e eu voltei com essa proposta de estabelecer um período, reservar um período na agenda pra poder sair. Senão a rotina me engole, e eu fico só atendendo acolhimento, e atendimentos individuais, de consultas clínicas aqui. E eu estava sentindo falta de conhecer um pouco melhor o território. Apesar de eu estar aqui há seis anos já, tinha situações que eu ainda não conhecia, sabe? Então eu estou reservando agenda pra conseguir conhecer a realidade dessas famílias um

pouco melhor. E aí eu pedi então pras agentes de saúde que fizessem essa seleção, né? Como elas conhecem, das famílias de risco 3, mesmo que elas não tivessem alguma coisa que precisasse ser resolvido imediatamente. Eu ainda não sei qual é a estratégia que a gente vai usar pras áreas descobertas, pra conhecer, porque além de não ter classificação, não tem quem nos guie, quem nos direcione ali dentro, né? Então a gente vai ter que pensar numa estratégia pro futuro. Mas como a gente tem bastante trabalho nas áreas cobertas por enquanto por agentes de saúde, a gente vai fazendo essas, e aí pensando na frente o que vai fazer com as outras.” (P11)

“[...] E eu acho que também é conhecer, eu acho que conhecer essa população, ter o vínculo e tentar fazer uma referência dessa população, que essas pessoas cheguem até a Unidade sabendo com quem falar aqui.” (P5)

“Olha, eu acredito que sim. Que de alguma forma sim, né? Porque a gente precisa falar na reunião, a gente precisa discutir formas de chegar nessa família. Não dá pra chegar de qualquer jeito. Às vezes, a gente tem um agente de saúde ali que conhece melhor, né? Sabe que lá tu não pode chegar falando assim, porque senão ele nem recebe. Tem pessoas que têm isso, né? Então, a gente consegue criar esse vínculo. Através do agente de saúde consegue chegar, né? Acredito que seja isso. [...]” (P12)

Também, em muitos casos, os profissionais acabam agindo por solidariedade, fazendo uso de recursos próprios para ajudar famílias em situações críticas, como com uma ajuda de custo de transporte para buscar os medicamentos necessários:

“[...] Mas a gente vai se adaptando e, como por exemplo, já tiveram, tem várias situações que a gente tem que sair com o próprio carro pra ir fazer uma busca ativa, uma visita. Porque a gente não tem esse recurso disponível, às vezes, da Prefeitura, e a gente não quer deixar aquela família sem aquele atendimento. E a gente, enfim, se preocupa, né? Então, às vezes, a gente fica em uma saia justa assim, de ter que estar usando dos próprios recursos, como por exemplo, assim, ah... a gente teve situação que a gente teve que dar dinheiro pras pessoas poderem pegar o remédio na farmácia... na passagem do ônibus, enfim. [...] eu acho que a gente faz tudo que a gente pode, até mais do que só a saúde, o adoecer. Além do adoecer, entendeu? Acho que a gente faz muito mais além disso. Como eu te disse, muitas vezes a gente tira dos próprios recursos pra ajudar as pessoas, e coisas que não cabem assim, né? Pra uma equipe de Saúde da Família estar contemplando esse tipo de fragilidade, de problema na família. [...]” (P14)

3.2 OFERTAS E DEMANDAS DA EQUIPE TÉCNICA E DA REDE DE SAÚDE

Esta categoria destina-se à discussão das principais ofertas e demandas, voltadas às populações de maior vulnerabilidade social, disponíveis nos serviços da equipe técnica e da rede.

3.2.1 Percepções acerca do trabalho da equipe técnica

3.2.1.1 Ofertas

Pela percepção dos profissionais da equipe técnica, visando atender as populações com maior vulnerabilidade social, uma oferta diferenciada da ESF é a parceria com a Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da UFSM. Dessa forma, a ESF consegue ofertar, por exemplo, os serviços de psicólogos e assistentes sociais à comunidade, os quais não fazem parte da equipe básica de uma ESF:

“Sim, existe a Residência Multi que tem, nós temos uma assistente social e a psicóloga acho que atuam bastante, são mais direcionadas a esse público. A gente tenta fazer ações fora do território para tentar também atingir essa população. [...]” (P5)

“[...] Então, eu penso que a presença da Residência aqui na Unidade é um diferencial grande. Porque a gente consegue estar direcionando essas famílias pra, às vezes, o apoio de outro profissional que não seja da equipe básica, né? Da Estratégia. [...]” (P11)

“O apoio da Residência, pelos diversos profissionais. Porque, normalmente, a carência atinge todos os núcleos. Então esse serviço, essa atenção por vários profissionais facilita pra que a gente possa dar alguma resposta e ter algum impacto nessas famílias, conforme cada necessidade, claro. [...]” (P6)

Juntamente à Residência Multiprofissional, a ESF também recebe estagiários da área da saúde, os quais possuem um ponto de vista externo e também conseguem contribuir para ações que venham a melhorar o atendimento dessas populações:

“[...] A Residência também ajuda muito, né? Vocês quando vem pra cá, que vem aí os profissionais da... vem da Psicologia, né? Vem aí, vem... Vocês conseguem trazer uma melhor abordagem, um melhor acompanhamento e, às vezes, vocês trazem coisas pra nós que a gente, às vezes, não percebe por estar aqui já há muito tempo. E, os agentes de saúde também, com o olhar que eles têm. Nada como um olhar de fora, às vezes, né? Vem um, alguém faz estágio aqui, aí enxerga alguma coisa assim, vem aqui e relata. Ou vocês [os residentes] mesmo. [...]” (P12)

Além disso, pela percepção dos profissionais da equipe técnica, outros serviços diferenciados da ESF para casos de vulnerabilidade social são as visitas domiciliares e as parcerias com as pastorais:

“[...] Inclusive com o trabalho mais focado nas áreas que têm uma população mais vulnerável, em termos de visitas domiciliares, dos diversos profissionais, e também do trabalho nas pastorais, porque é onde se concentra também essa população.” (P6)

“[...] Olha, eu acho que direcionado ao público o pessoal faz visita, né? Só assim... Visita, acompanha mais de perto. [...]” (P12)

Como uma medida ainda em desenvolvimento, também foi ressaltado o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o qual é focado justamente nas famílias mais vulneráveis:

“[...] Estamos em processo de focar o desenvolvimento do PTS pra essas famílias. [...]” (P6)

Por outro lado, pela percepção de alguns dos profissionais da equipe técnica, a ESF não oferta nenhum serviço diferenciado às famílias em situação de vulnerabilidade social. Isto é, embora eles não fiquem desamparados, os serviços ofertados não são exclusivamente focados nesse grupo:

“[Silêncio longo] Não, não acho que existe uma oferta diferenciada. Eu acho que, na medida do possível, a gente [silêncio] eu não sei como é que eu vou te explicar, mas eu acho que a gente tenta dar uma atenção especial a essas pessoas de maior vulnerabilidade. Mas não que tem uma oferta diferenciada, assim, de diferente pros demais e tem uma outra especial pra eles.” (P14)

“Eu acredito que estabelecido assim, de forma sistemática, eu não identifique nesse momento pra te dizer. Mas eu entendo que, no momento que a gente conhece a família, a gente identifica necessidades diferenciadas, sim. [...]” (P11)

3.2.1.2 Demandas

Embora alguns serviços sejam ofertados, a equipe técnica reconhece que existem diversas demandas, principalmente de relacionamento interpessoal:

“[...] Eu penso que, se a equipe estiver realmente se responsabilizando por essas famílias, deve gerar uma modificação do processo de trabalho. Mas eu também entendo que isso varia um pouco de profissional pra profissional. Alguns se envolvem mais com essas situações, outros não, né? Outros profissionais não se sentem tão responsáveis, enfim. Então, se o profissional eticamente é responsável por aquela comunidade, ele precisa modificar o seu processo de trabalho em função daquelas demandas. Não seria... eu nem sei se o termo é esse, mas talvez não seria correto fechar os olhos pra algumas situações que a gente vê. Então, no momento que tu se depara com uma situação especial, é importante... E também tem outra situação que eu penso, que é assim: quando um profissional está muito envolvido, querendo resolver algumas coisas, uma situação de vulnerabilidade, se ele não contar com a equipe, a chance disso ir pra frente é bem menor, né? Então, se espera que esse seja um movimento da equipe toda. Mas a gente sabe que, na verdade, na realidade, na prática, talvez não aconteça assim, né?” (P11)

“[...] Eu acho que tem que ser uma integração. Todo mundo tem que se unir, né? E quando tu encontra uma família assim, se todo mundo consegue dividir um pouquinho do que pegou naquela família: ‘Ai, eu acho que é por aqui. Não, eu acho que é por ali.’ Eu acho que daí a gente consegue trabalhar melhor, a parte psicológica, as necessidades básicas, tudo. [...]” (P12)

“[...] a atenção a essas famílias, atualmente, não está como deveria. Acredito que é um trabalho que vem sendo adiado, por várias questões, por vários motivos, desde relacionamentos interpessoais na equipe até situações de dificuldade de desenvolvimento de trabalho, pelo apoio da gestão [silêncio] então acho que não.” (P6)

3.2.1.3 Fragilidades

Dentre as fragilidades encontradas nas falas dos profissionais da equipe técnica, encontrou-se algumas deficiências de comunicação interna e integração da equipe:

“[...] É, aquela ação que nós, que vocês estavam falando na reunião, que as gurias iam visitar não sei o que, pra acompanhar de perto. Só aquela lá que eu sei. Eu não sei se tem alguma outra [risos].” (P12)

3.2.2 Percepções acerca do trabalho em rede

3.2.2.1 Ofertas

Dentro do tema de trabalho em rede, alguns profissionais da equipe técnica da ESF relatam que utilizam, como apoio às populações mais vulneráveis, os serviços secundários da rede. Como evidências dessa colaboração, tem-se:

“[...] Cada uma delas vai ter uma necessidade diferente, a gente vai identificando, e vai encaminhando. Algumas vezes a gente precisa de assistência de outros serviços, né? De fora do posto de saúde, ou de fora do próprio sistema de saúde. Às vezes, da assistência social, enfim. [...] A Pastoral da Criança faz uma vigilância interessante, pra algumas situações. Então a gente já teve essa parceria com eles, em algumas situações de vulnerabilidade. Ou que eles próprios identificaram e trouxeram pra nós. [...]” (P11)

“[Suspiro] Eu acho que tem assim, a gente tem o Conselho Tutelar, pra quando precisa alguma situação de alguma criança de risco, ou de uma grande vulnerabilidade social. Existe o CRAS Leste. Ao meu ver assim são as duas redes dentro do município que a gente pode contar. E, a minha experiência sempre foi, sempre, não sei, sempre foi positiva com essas duas redes. [...]” (P14)

Ainda, alguns ressaltam a importância de serviços secundários que julgam importantes para o apoio das populações mais vulneráveis:

“Eu acho que tem vários outros serviços que são importantes como, por exemplo, CREAS, CRAS, o Conselho Tutelar. Até mesmo se o paciente está internado, né? A referência, contrarreferência. Além das escolas, a gente faz as atividades, né? Do Programa Saúde na Escola. [...]” (P5)

“[...] também aos outros serviços, de CAPS, de CRAS. É, especializado é isso. Também a questão social, né? Que envolve outros setores também, outras secretarias. [...]” (P6)

“[...] Então, quais órgãos que eu imagino que sejam úteis... Eu penso que o Conselho do Idoso, o Conselho Tutelar. [Silêncio] Eu não sei qual é o significado da sigla, mas alguns setores da área de educação como o PRAEM, que identifica alunos que precisam de uma atenção diferenciada. A assistência social, com certeza, né? [...]” (P11)

“[...] Olha... Eu acho que os CAPS, né? Junto com a gente, tendo uma troca, né? Quando tem assim, algum problema mais sério, como droga, outros. Eu acho que essa parte aí só. Não vejo outro assim, além disso que, né? [...]” (P12)

3.2.2.2 Demandas

Quase como um consenso entre os profissionais da equipe técnica, tem-se como principal demanda da rede de saúde, um sistema integrado:

“[...] Eu acho que é satisfatória, mas tem muito a melhorar. Eu acho que já tem um processo de uma integração. Vem se trabalhando nisso, mas ainda tem vários obstáculos, desde comunicação, e principalmente a questão deste cuidado estar concentrado na ESF, e a responsabilização dos profissionais frente a isso, se articulando com os outros serviços. Eu acho que esse é o ponto que precisa se trabalhar mais.” (P6)

“[...] e eu vejo que a integração com esses outros serviços não acontece de uma forma exemplar assim. Eu acho que teria que, a gente não sabe ainda trabalhar em rede, né? Acho que falta bastante isso, a integração.” (P5)

Juntamente à falta de integração, os profissionais relatam que sentem falta de retorno e de um sistema que permita o acompanhamento dos usuários, após feito o encaminhamento para um serviço de apoio secundário. Além disso, relatam sobre a necessidade de um sistema integrado que permita consultar o histórico dos usuários:

“[...] Ai, eu acho que precisa melhorar muito. Porque não tem um *feedback* assim, né? Não sei se talvez pela demanda dos pacientes, que a gente não tem um *feedback* tão bom quanto deveria ser, né? [...] Mas eu acho que poderia ser um pouco mais fácil, né? Pela questão do sistema também... O sistema não ser o mesmo, né? É, o sistema... parte da sistematização... se a gente pudesse ter acesso através do CPF da pessoa tudo que ela fez, seria muito mais fácil, né? Aí aqui a gente tem um sistema, lá na Universidade é outro. A gente não consegue entrar pra ver o que é que foi feito naquele paciente, né? Não tem uma unificação, né? Eu acho que seria melhor se tivesse.” (P12)

“Pois os, esses serviços existem. O que eu acredito que melhoraria, mas acho que está longe do nosso alcance, é que todas as redes, por exemplo, de assistência social, e até mesmo de Sine, emprego, eu não sei como é que seria esse tipo de rede, deveriam ser integradas, com um sistema de informatização integrado. E não que a gente precise entrar em contato fisicamente com essas pessoas. Porque o que acontece é que a gente não tem condições, com o processo de trabalho, de entrar em contato com o... e mesmo que esses órgãos também não teriam condições de absorver toda essa população. Então se existisse uma informatização única, né, um cadastro único, que todas essas informações fossem vinculadas, eu acredito que funcionaria bem melhor, porque a gente não precisaria reencaminhar ou saber se foi ou não foi. Aquilo ali a gente conseguiria ter o acesso imediato. [...]” (P13)

Como uma outra demanda, os profissionais relatam a necessidade de melhora frente

ao mau funcionamento de alguns serviços secundários da rede, seja por questões políticas ou econômicas. Tal falta de funcionamento pode também estar relacionado à desmotivação dos funcionários:

“[...] Eu acho que funciona mais ou menos, né? Eu acho que o encaminhamento a gente consegue dar mas, às vezes, eu penso que talvez o outro serviço lá tenha alguma fragilidade que talvez não consiga passar adiante, né? Porque eu sei que: ‘Ah, o Conselho Tutelar depende do Ministério Público e de várias outras questões.’ [...] E aí daí eu encaminhei pro CRAS e, inúmeras vezes eu liguei pra saber se tinham feito a visita, sabe? ‘Não, a gente não foi porque não tinha carro. A gente não foi porque...’ [...] Enfim, sempre, sempre tinha uma desculpa. E daí eu também não tinha mais o que fazer, entende? [...]” (P14)

“[...] tem serviços que funcionam, outros da rede infelizmente não funcionam. Que tem coisa que tu não... que infelizmente tu não tem apoio. [...]” (P4)

“[...] É o sistema de saúde que é muito burocratizado, ou que é lento. É o sistema de assistência social que, às vezes, né, está cada vez mais deficiente, não consegue ofertar. É um sistema econômico que está com cada vez menos oportunidades pras pessoas. São os profissionais de saúde que estão na rede pública, que lidam com muita desmotivação com seu trabalho. Então, eu não penso que essas famílias são assistidas, ou que a gente consegue suprir essas necessidades bem. [Silêncio] Mas eu penso que, à medida que a gente se esforçar, a gente consegue melhorar bastante algumas situações.” (P11)

Ainda, os profissionais comentam sobre a dificuldade das famílias em situação de vulnerabilidade social de deixá-la. Na maioria dos casos, a dificuldade se encontra na falta de emprego, que acaba acarretando em problemas econômicos e, por consequência, em uma educação de menor qualidade dos filhos, higiene precária e maior susceptibilidade à problemas de saúde. Portanto, acreditam que uma demanda que seria útil para atacar a raiz desse problema social seria a interligação da rede a agências de emprego:

“[...] Infelizmente essas famílias dificilmente conseguem sair desse convívio onde eles estão e passar pra um outro nível. E isso precisaria de um apoio muito maior de outros setores, né, como assistência social, enfim. Porque eles precisam realmente de uma moradia melhor, mas pra ter uma moradia, precisa arrumar um emprego, precisa ter o emprego, enfim. É uma infinidade que acaba sempre parando, no meu ponto de vista, na educação. Na falta de educação que eles têm, né?” (P13)

“[...] Outra questão que acharia que seria importante é questão de emprego, né, pra direcionar o pessoal, pra se tivesse uma coisa interligada com o município, direcionado ao emprego, né, que geralmente o desemprego que, às vezes, que mais acomete essas questões vulneráveis aí. Nessa parte da saúde não tem, eu não vejo nada vinculado, direcionado pra essa parte, que a pessoa possa buscar, sabe? [...]” (P4)

“Eu acho que em partes não, porque, no caso, essas questões que têm muitas coisas que te limitam, que não dependem só da saúde em si, têm outros contextos por trás, que dependem de questão econômica, familiar. Que dificultam, às vezes, um resultado melhor, de um bom atendimento, no caso, um retorno melhor daquele paciente, né? Então eu acho que tem coisas que infelizmente tu não consegue um resultado positivo no final, né?” (P4)

Por fim, os profissionais da equipe técnica relatam a falta de alguns profissionais em regime de trabalho permanente, pois aqueles que integram a ESF pela Residência são apenas em regime temporário, fazendo com que muitas ações sejam descontinuadas durante as transições. Além disso, para suprir a demanda de todas as famílias em situação de vulnerabilidade social, seria necessário dispor de um número maior de ACSs dentro do território:

“[...] Mas a gente tem dificuldade no contato com esses profissionais. E aí a gente tem a residente aqui, mas ela também está de passagem. E daqui a pouco a gente também, né, perdeu. Ela faz um trabalho que eu entendo que tem um início, meio e fim. Que ela está de passagem. Mas a rede, às vezes, se vale do residente pra também não suprir esse profissional, né? [...]” (P11)

“Eu sinto ainda que a gente sabe que existe a vulnerabilidade social, mas eu sinto que eu não consigo, a gente nós enquanto equipe não conseguimos atingir tanto esse público porque, por exemplo, tem áreas que eu vejo que tem muita vulnerabilidade social, que é em território onde não tem agente comunitário, e esse território fica mais afastado da unidade, tem bastante vulnerabilidade social, e o que acontece é que essas pessoas não acessam a unidade. [...] A gente não consegue atingir essa população que é mais afastada, que não tem agente comunitário.” (P5)

3.2.2.3 *Fragilidades*

Dentre as fragilidades identificadas quanto à rede de saúde, encontrou-se algumas relativas à falta de instrução dos profissionais da equipe técnica acerca do funcionamento dos serviços secundários. Com isso, emergem algumas falas que reforçam a necessidade da disseminação de conhecimento acerca dos demais serviços da rede:

“[...] e inclusive daí eu disse: ‘Ah, tem que acionar o Conselho do Idoso’, mas eu nem sei, pra ser bem sincera, se o Conselho do Idoso funciona em Santa Maria ou não. [risos] [...]” (P14)

“Olha... os CRAS ali, né? Eu eu não tenho um, como é que eu vou te falar, um domínio desse acesso. [...]” (P4)

4 CONCLUSÃO

Uma vez separado o conteúdo das entrevistas em categorias, tornou-se possível agrupar as visões dos profissionais da equipe técnica. Dessa forma, conseguiu-se extrair a percepção da equipe técnica em relação ao que entendem por vulnerabilidade social, qual o impacto sofrido por eles, bem como o reflexo no seu processo de trabalho frente ao tema. Ainda, diversas demandas e fragilidades puderam ser identificadas tanto no trabalho da equipe, quanto da rede de saúde.

Ainda que os profissionais relatem que se sentem impotentes, angustiados ou incomodados com situações de vulnerabilidade social, pode-se concluir que não há um impacto significativo no trabalho da ESF, visto que a equipe não toma a vulnerabilidade social como um organizador do seu processo de trabalho.

A falta de união entre os profissionais da equipe acaba atuando como um obstáculo, comprometendo o diálogo e, conseqüentemente, causando a imobilização dos indivíduos, os quais, quando sentem-se sem apoio, enxergam a vulnerabilidade social como um problema além de seu alcance. Portanto, há um congelamento do trabalho em equipe, impedindo o planejamento de ações voltadas a essa população, a qual deveria ser priorizada, pois apresenta maior necessidade de atenção. Dessa forma, o reflexo da vulnerabilidade social se manifesta limitadamente às ações individuais de cada profissional, ponderadas pela sensibilidade dos mesmos para cada caso.

4.1 POSSÍVEIS MEDIDAS PARA UMA MELHORIA NA ATENÇÃO ÀS POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

Como consequência das análises desenvolvidas neste estudo, buscou-se elencar medidas ao alcance dos profissionais que pudessem contribuir com um melhor atendimento às populações mais vulneráveis. São elas:

- Buscar compartilhar e discutir, nas reuniões de equipe, casos que necessitem de uma atenção especial, exercitando o trabalho em equipe e fortalecendo a união entre os profissionais;
- Planejar ações esporádicas nas microáreas descobertas pelos ACSs, de forma a conhecer e estabelecer vínculos com estes usuários, até que as visitas domiciliares possam ser reestabelecidas na região;
- Buscar estabelecer contato e tomar conhecimento acerca do funcionamento dos serviços secundários da rede, de modo a ter mais propriedade para a realização de aconselhamentos e encaminhamentos dos usuários em situação de vulnerabilidade social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, L. O. M. et al. A estratégia saúde da família. In: DUNCAN, B. B.; SCHIMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (Orgs.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 88–100.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHAN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da estratégia saúde da família na atenção primária à saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1499–1510, 2016.

AYRES, J. R. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 5, n. 1, p. 28–42, 2002.

AYRES, J. R. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de aids. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. G. (Orgs.). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Editora 34, 1999. p. 49–72.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. [S.l.]: Edições 70, 1979. v. 1.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático**. [S.l.]: Editora Vozes, 2002.

BRASIL. **Programa de Saúde da Família, Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf/>>.

BRASIL, C. N. de Saúde do. **Resolução nº 510**. [S.l.]: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL, M. da Saúde do. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. [S.l.]: Copidesque, 1997.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, 2018.

DICIO. **Dicionário Online de Português**. 2019. Acessado em 18 dez 2019. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/impacto/>>.

GIBSON, J. J. **The Ecological Approach to Visual Perception: Classic Edition**. 1st. ed. [S.l.]: Psychology Press, 2014. ISBN 1848725779,9781848725775.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783–794, 2009.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes, 2012. p. 79–108.

HOUDE, O. et al. **Dictionary of Cognitive Science: Neuroscience, Psychology, Artificial Intelligence, Linguistics, and Philosophy**. 1. ed. [S.l.]: Psychology Press, 2004. ISBN 1579582516,9781579582517.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; OLIVEIRA, E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 243–256, 2003.

MICHAELIS. **Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. 2019. Acessado em 18 dez 2019. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/impacto/>>.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.

SANCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em saúde coletiva? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 319–324, 2007.

SAVASSI, L. C. M.; LAGE, J. L.; COELHO, F. L. G. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de coelho-savassi. **Journal of Management and Primary Health Care**, v. 3, n. 2, p. 179–185, 2012.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. No seu território de trabalho, há pessoas ou famílias em situação de vulnerabilidade social?
2. Existe alguma oferta diferenciada / específica do serviço de saúde para este público?
3. As populações vulneráveis exigem alguma adaptação / geram algum impacto no processo de trabalho da equipe?
4. Como você se sente atendendo a estas questões de vulnerabilidade social?
5. Na sua percepção, a equipe consegue dar respostas às necessidades das pessoas ou famílias em situação de maior vulnerabilidade? Explique.
6. Quais outros serviços da rede você considera que podem ser importantes para o atendimento a estes casos? Como você avalia a integração com estes serviços?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
INTEGRADA EM SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a):

Estamos realizando uma pesquisa intitulada “Impacto da vulnerabilidade social no trabalho de uma Estratégia Saúde da Família”, que tem por objetivo investigar de que forma a vulnerabilidade social impacta no trabalho da Atenção Primária à Saúde. Para isso, participarão do estudo, profissionais de uma Estratégia Saúde da Família. Portanto, solicitamos sua colaboração e consentimento, voluntários, para a participação na pesquisa.

Solicitamos que, para contemplar os objetivos da pesquisa, seja realizada uma entrevista, nas dependências da Estratégia Saúde da Família. Se você concordar, a entrevista será gravada e, posteriormente, transcrita para análise. Os dados serão mantidos em anonimato, bem como em caráter de confidencialidade e o material da pesquisa será mantido em sigilo no Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria por cinco anos. Após esse período, serão destruídos. Posteriormente à análise, os dados poderão ser divulgados para a comunidade científica, sem identificação dos participantes, bem como será realizada uma devolução para os participantes.

Você poderá solicitar esclarecimentos, bem como interromper sua participação no estudo a qualquer momento, sem que isto traga prejuízos. Os riscos da participação na pesquisa são mínimos.

No entanto, se houver a identificação de qualquer desconforto psicológico suscitado pela pesquisa, haverá uma avaliação do caso e, se necessário, o encaminhamento para atendimento

psicológico em um serviço público de saúde, após conversa com o participante, visando o foco do desconforto.

Quanto aos benefícios, esses poderão ser constatados a curto prazo a partir da possibilidade de escuta oferecida, no momento da entrevista, considerando que será abordado um tema caro aos participantes. A médio e longo prazo os benefícios poderão decorrer dos resultados da pesquisa, que contribuirão para a elaboração de conhecimentos referentes à temática, suscitando reflexões sobre o tema, assim como pela possibilidade de publicação dos resultados do estudo em revistas científicas da área.

Colocamo-nos à disposição para esclarecimentos sobre o estudo, através do telefone (55) 3220 8356, contatando a orientadora do projeto Prof^a Dr^a Liane Beatriz Righi. As pesquisadoras comprometem-se em seguir as diretrizes da Resolução 510/16, que regulariza as normas para pesquisa com seres humanos.

Santa Maria, ____ de ____ de ____

Nome do participante: _____

Liane Beatriz Righi

Pesquisadora Responsável

Professora do Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Saúde

Observação: Este documento será apresentado em duas vias, uma permanecerá de posse do pesquisador e outra do participante.¹

¹Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa UFSM. Av. Roraima, n° 1000 Prédio da Reitoria 2° andar - Cidade Universitária Bairro Camobi-Santa Maria RS, CEP: 97105-900. Tel: (55) 3220-9362. E-mail: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

Pesquisadora responsável: Prof^a Dr^a Liane Beatriz Righi. Universidade Federal de Santa Maria Departamento de Saúde Coletiva. Av. Roraima, n° 1000 Prédio 26 Sala 1246 (Laboratório de Epidemiologia)- Centro de Ciências da Saúde (CCS) - Cidade Universitária Bairro Camobi Santa Maria RS, CEP: 97105-900. Tel: (55) 3220 8356.

APÊNDICE C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
INTEGRADA EM SAÚDE

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Pesquisa: “Impacto da vulnerabilidade social no trabalho de uma Estratégia Saúde da Família”

Pesquisador responsável: Prof^a Dr^a Liane Beatriz Righi

Instituição Responsável: UFSM Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Saúde

Telefone para contato: (55) 3220 8356

Local da coleta de dados: Estratégia Saúde da Família São José

As pesquisadoras deste estudo se comprometem a preservar a privacidade dos participantes, cujos dados serão coletados através de entrevistas semiestruturadas, as quais serão gravadas em áudio. Concordam igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para fins de estudo. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e os dados serão mantidos no Departamento de Saúde Coletiva, localizado na Av. Roraima, nº 1000, prédio 26, sala 1246, Santa Maria RS, CEP: 97105-900, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da prof^a orientadora Liane Beatriz Righi. Após este período, os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em ____/____/____, com o número do CAAE _____.

Santa Maria, ____ de ____ de ____

Liane Beatriz Righi

Pesquisadora Responsável

Professora do Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em
Saúde

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

A seguir, encontra-se o parecer consubstanciado de aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPACTO DA VULNERABILIDADE SOCIAL NO TRABALHO DE UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: Liane Beatriz Righi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 19016119.5.0000.5346

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.568.049

Apresentação do Projeto:

Este projeto de pesquisa será desenvolvido no Programa de Pós - Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Saúde, da UFSM. A pesquisadora aponta no resumo que : "A Estratégia Saúde da Família (ESF) em sua implantação na década de 90 se deu como um método para fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS), trazendo consigo princípios norteadores, e sendo assim um novo modelo assistencial, com o enfoque em questões como atenção às famílias, promoção de saúde, vínculo com o usuário e atuação intersetorial. Desde a legislação de criação do SUS são consideradas as condições de saúde relacionadas a fatores como alimentação, renda, saneamento básico, dentre outros. Desta forma, há um reconhecimento da associação de determinantes sociais de saúde e vulnerabilidade, bem como da necessidade de ação de políticas de saúde sobre estes fatores que impactam no cotidiano dos indivíduos. Também utilizaremos a definição de percepção, onde diz que um organismo se torna consciente do seu ambiente com base nas informações captadas por seus sentidos. Com base nessas informações queremos analisar o impacto da vulnerabilidade social no trabalho de uma Estratégia Saúde da Família, trazendo a percepção dos profissionais, e os reflexos dessas questões no processo de trabalho. Será realizado um estudo de caráter qualitativo exploratório, utilizando da ferramenta de entrevistas semiestruturadas com quatorze profissionais de uma ESF. Estas entrevistas serão transcritas, para ser realizada análise e assim construindo informações

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

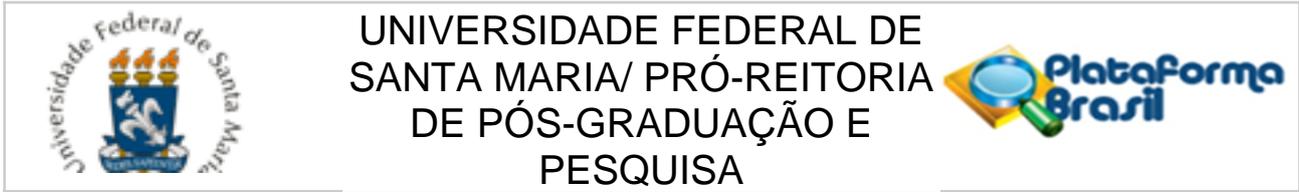
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.568.049

relevantes à pesquisa. Todo o estudo será realizado dentro dos aspectos éticos, com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Confidencialidade assinado pelos participantes, e somente será iniciada após a aprovação do Sistema CEP/UFSM."

O projeto apresenta revisão bibliográfica, cronograma, orçamento e protocolo que será utilizado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: analisar o impacto da vulnerabilidade social no trabalho de uma Estratégia gSaúde da Família (ESF).

Objetivos específicos

- Analisar a percepção de profissionais de uma ESF acerca do impacto da vulnerabilidade social no seu trabalho;
- Discutir os reflexos das questões de vulnerabilidade social no processo de trabalho de uma ESF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A avaliação dos riscos e benefícios está bem descrita em todos os documentos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos foram apresentados de forma suficiente.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos.

ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Duas sugestões são apontadas:

- Trocar a resolução do Conselho Nacional de Saúde 510/2016 pela 266/2012, pois se enquadra melhor na classificação do projeto;
- Adequar o cronograma, pois o contato com os profissionais só deve começar em setembro, após

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

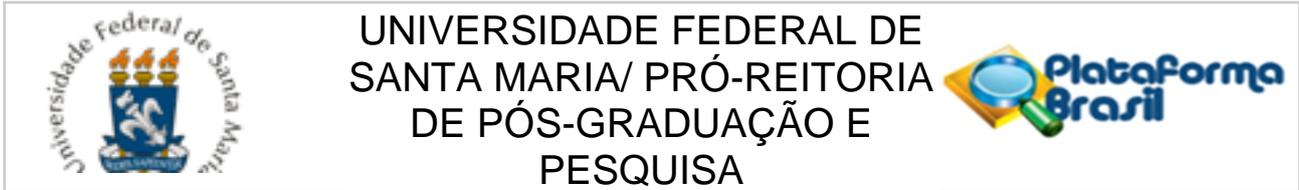
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.568.049

a aprovação deste projeto no CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1407796.pdf	07/08/2019 14:03:28		Aceito
Outros	projeto_64398.pdf	07/08/2019 14:03:11	Liane Beatriz Righi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEVULNERABILIDADES.pdf	07/08/2019 14:01:35	Liane Beatriz Righi	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoPesquisa.pdf	05/08/2019 16:58:25	Liane Beatriz Righi	Aceito
Declaração de Pesquisadores	confidencialidadevulnerabilidade.pdf	05/08/2019 16:56:38	Liane Beatriz Righi	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	05/08/2019 11:28:22	Liane Beatriz Righi	Aceito
Orçamento	OrcamentoVulnerabilidades.pdf	05/08/2019 11:27:03	Liane Beatriz Righi	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoInstitucional.pdf	05/08/2019 11:24:05	Liane Beatriz Righi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoTCRvulnerabilidade.pdf	03/08/2019 20:04:37	Liane Beatriz Righi	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.568.049

SANTA MARIA, 11 de Setembro de 2019

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com