

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Maria Cristiane Nascimento Ferreira

PROCESSO DE TRABALHO NA UPINHA 24H
DA CIDADE DO RECIFE: Um estudo de caso

RECIFE

2015

MARIA CRISTIANE NASCIMENTO FERREIRA

PROCESSO DE TRABALHO NA UPINHA 24H DA
CIDADE DO RECIFE: Um estudo de caso

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde- PROGESUS, do departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.

Orientadora:

Dr^a Sydia Rosana de Araujo Oliveira

RECIFE

2015

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

F383p Ferreira, Maria Cristiane Nascimento

Processo de trabalho na Upinha 24h da cidade do Recife: um estudo de caso/ Maria Cristiane Nascimento Ferreira. — Recife: [s. n.], 2016.

37 f.: il.

Monografia (Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Sydia Rosana de Araujo Oliveira.

1. Recursos Humanos em Saúde. 2. Força de Trabalho. 3. Assistência Ambulatorial. I. Oliveira, Sydia Rosana de Araujo. II. Título.

CDU 331.101.262

MARIA CRISTIANE NASCIMENTO FERREIRA

PROCESSO DE TRABALHO NA UPINHA 24H DA CIDADE
DO RECIFE: Um estudo de caso

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde- PROGESUS, do departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.

Aprovada em: 03/02/2016

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Sydia Rosana de Araujo Oliveira
CPqAM/Fiocruz

MSc. Kamila Matos de Albuquerque
Secretaria Municipal de Saúde do Recife

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me acompanha e me ilumina sempre.

Ao meu pai, pelo amor desprendido.

Ao meu marido, pelo companheirismo, carinho, compreensão e paciência nas horas difíceis.

Aos meus filhos Matheus e Miguel, que são a luz da minha vida.

Aos meus colegas de trabalho, pela compreensão, em especial a amiga Carina Brito.

Aos colegas de turma, pelo conhecimento compartilhado.

À minha orientadora, pelo direcionamento e apoio na realização desse trabalho.

FERREIRA, Maria Cristiane Nascimento. **Processo de trabalho na Upinha 24h da Cidade do Recife**: um estudo de caso. 2015 (Especialização em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.

RESUMO

O modelo Upinha em Recife possui conformações diferenciadas, sendo uma de atendimento 24h – Upinha 24h, a qual será o foco deste estudo e outra de atendimento diurno denominado de Upinha Dia. O objetivo deste estudo foi descrever a organização do modelo assistencial e o processo de trabalho em uma Upinha 24h, através de um estudo de caso na Upinha 24h Dr^a Fernanda Wanderley pertencente ao Distrito Sanitário II, que fica localizada no Bairro de Linha do Tiro, da cidade do Recife. A coleta de dados foi através de levantamento documental, os quais foram analisados e apresentados em duas categorias: lógica assistencial do modelo de atenção Upinha 24h e constituição das equipes de trabalho. Observa-se que a Upinha 24h diferencia-se da Upinha Dia por ter além de atendimento de atenção básica programáticos, os atendimentos de urgências. Percebe-se que há constante conflito entre o modelo Upinha e o modelo assistencial preconizado pela Estratégia de Saúde da Família. Entende-se que a pesquisa apresentada tem um caráter inovador e desconhecem-se outros trabalhos que tenham abordado esta intervenção.

Palavras Chaves: Recursos Humanos em Saúde. Força de Trabalho. Assistência Ambulatorial.

FERREIRA, Maria Cristiane Nascimento. **Work Process in Upinha 24h of Recife City: a case study.** 2015. (Especialização em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.

ABSTRACT

The Upinha model in Recife has different information, one of 24 service -. Upinha 24, which will be the focus of this study and another day care called Upinha Day The aim of this study was to describe the organization of the care model and the process of I work in a Upinha 24, through a case study in Upinha 24h Dr. Fernanda Wanderley belonging to the Sanitary District II, which is located in Tyre Line district, the city of Recife. Data collection was through archival work, which were analyzed and presented in two categories: welfare logic of care model Upinha 24 and formation of work teams. It is observed that the Upinha 24 differs from the Upinha Day by having in addition to answering programmatic primary care, the emergency calls. It is noticed that there's constant conflict between Upinha model and the care model advocated by the Family Health Strategy. It is understood that the research presented has an innovative character and are unknown other works that have addressed this intervention.

Key Words: Health Human Resources, Workforce, Ambulatory care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1- Foto de placa instrutiva dos atendimentos realizados pela Upinha 24h.....	24
FIGURA 2 – Página do Portal de Transparência do Governo Federal, Exercício, 2013.....	26
QUADRO 1 – Demonstrativo da Força de Trabalho da Upinha 24h Dr ^a Fernanda Wanderley DSII – Recife.....	27
QUADRO 2 – Demonstrativo da Força de Trabalho de acordo com o tipo de Vínculo.....	28
QUADRO 3 – Demonstrativo da Equipe NASF.....	30
FIGURA 3 – Mapa da cidade do Recife com localização da Upinha 24h Dr ^a Fernanda Wanderley DS II – No Bairro da Linha do Tiro, Upinha 24h Dr. Moacir André Gomes, no Morro da Conceição, Upinha 24h Dr. Hélio Mendonça no Córrego do Jenipapo.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
CEO	Centro de especialidades Odontológicas
CLT	Consolidação das Leis de Trabalho
DAB	Departamento de Atenção Básica
DDGTES	Divisão Distrital de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde
DS	Distrito Sanitário
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESB	Equipe de saúde Bucal
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
LOA	Lei Orçamentária Anual
MS	Ministério da Saúde
NAPI	Núcleo de Apoio as Práticas Integrativas
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PCR	Prefeitura da Cidade do Recife
RH	Recursos Humanos
SAS	Secretaria de Atenção a Saúde
SESAU	Secretaria de Saúde
SGTES	Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SISAB	Sistema de Informação em saúde para Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	MARCO CONCEITUAL	14
3.1	Processo de trabalho no setor saúde	14
3.2	Modelos de Atenção a Saúde no Brasil	16
4	PLANO OPERATIVO	19
4.1	Delineamento do Estudo	19
5	RESULTADOS	20
5.1	Descrição do Modelo Upinha 24h	20
5.2	Constituição, vínculos empregatícios e o processo de trabalho da Equipe da Upinha 24h - Dr^a Fernanda Wanderley	25
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
	REFERÊNCIAS	31
	ANEXO A – Mapa da Cidade do Recife	34
	ANEXO B – Relatório procedimento da Upinha gerado através do eSUS	35
	ANEXO C – Relatório de tipos de atendimento da Upinha gerado através do eSUS	36

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) representou legalmente para a saúde brasileira a conquista de um espaço democrático onde todos, além do acesso universal e igualitário, passariam a ter garantido a participação nos seus processos decisórios. Na prática esta conquista tem evoluído de forma lenta, mas progressiva, especialmente no que diz respeito à descentralização do sistema, que passa a depender, entre outras coisas, da assimilação de competências, habilidades e atitudes dos gestores e trabalhadores nas três esferas de governo.

A problemática de Recursos Humanos (RH) em saúde no Brasil está relacionada há três momentos distintos em saúde, são eles: 1. Os anos de 1967-1974 caracterizado pelo grande incentivo a formação profissional, especialmente a formação superior; 2. O segundo momento (1975-1986), numa tentativa de reverter o quadro anterior, a estratégia era aumentar a oferta de serviços no setor público, que levou a um aumento na formação do pessoal técnico, e sua incorporação nas equipes de saúde; e 3. O terceiro momento, que se iniciou em 1987, com as mudanças estruturais proposta com a Reforma Sanitária, a descentralização da assistência, e conseqüentemente, da gestão de pessoas. Esse momento tornou-se crítico em virtude do movimento de antirreforma, com flexibilização das relações de trabalho no setor saúde (MACHADO, 2005).

Compreende-se que no contexto da implantação do SUS a expansão do contingente de trabalhadores foi necessária para construção do sistema de saúde público do Brasil, mas que levou ao cenário de precarização pela forma como foi conduzida a flexibilização do trabalho. No entanto, as modificações colocadas com a instituição do SUS, com relação à área de Recursos Humanos em saúde, não estão relacionadas apenas as questões de flexibilização da força de trabalho, mas também, representou a necessidade de revisão de seus conceitos para adequação às novas exigências do trabalho em saúde.

Nesse cenário de transformações, se fez necessário uma nova forma de gestão de pessoas, mais participativa, e também, flexível, para que os trabalhadores tenham possibilidades de desenvolver suas competências, de crescer e de serem reconhecidos, pessoal e profissionalmente. Os gestores assumem um papel de relevância nesse contexto, na medida em que devem ser capazes de perceber as necessidades e acompanhar o desenvolvimento dos funcionários quanto às suas competências técnicas e às habilidades pessoais e comportamentais. O trabalho representa algo que vai além do valor da remuneração, tanto para os funcionários, quanto para a instituição que os contrata e para as pessoas que dela

necessitam, ou seja, deve representar o envolvimento, o compromisso e, em contrapartida, a possibilidade de reconhecimento e valorização (PINTO; TEIXEIRA, 2011).

Nesse ambiente de desafios em 2003, observa-se a criação da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGTES), no Ministério da Saúde, que possibilitou um deslocamento da concepção tradicional de Recursos Humanos em Saúde, advinda das ciências da administração, para uma concepção mais ampliada e necessariamente integrada acerca da gestão e qualificação do trabalho no SUS.

No âmbito do SUS, existe um consenso de que a política de Recursos Humanos é uma dimensão estratégica da gestão em saúde, na medida em que o setor se caracteriza por ter mão de obra intensiva, com expressivo contingente de trabalhadores, cuja incorporação de recursos tecnológicos e equipamentos não implicam redução do número de contratações (BRASIL, 2007).

A gestão do trabalho depara-se com questões urgentes e especializadas que constituem a base qualificadora de suas políticas e que precisam ser enfrentadas. Por seu caráter especializado, tais questões demandam a convergência de esforços especiais das equipes dos setores responsáveis e dos gestores como um todo, na construção de alternativas que avancem em propostas e atualizem as estruturas.

Esse processo compreende a profissionalização das equipes que atuam na área da gestão do trabalho; a análise e redesenho dos seus processos de trabalho; os sistemas gerenciais de pessoal informatizados, favorecendo a gestão compartilhada; a articulação, em rede, entre os órgãos centrais e as diferentes unidades que compõem a estrutura de serviços estaduais e uma nova forma de acolhimento, interação e comunicação entre as áreas responsáveis pela gestão do trabalho e seus trabalhadores.

Neste contexto, gestores do mundo inteiro enfrentam desafios crescentes e recursos insuficientes para responder a demanda dos serviços de saúde. No Brasil, os gestores do SUS têm procurado soluções para o desequilíbrio da força de trabalho, seja dentro das instituições, seja entre os serviços (BRASIL, 2006).

Com o intuito de qualificar a gestão do trabalho e se alinhar com as diretrizes do Ministério da Saúde, em 2013 o Município do Recife através da Secretaria de Saúde, criou a Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SEGTES), antes um departamento da SESAU, para que a política de Gestão do Trabalho ganhasse mais autonomia, na regulação das relações de trabalho.

A Secretaria de Saúde do Recife tem sob sua responsabilidade a articulação e o planejamento de ações desenvolvidas na rede de policlínicas, maternidades, unidades da

Estratégia de Saúde da Família (ESF) e centros médicos espalhados em seis Distritos Sanitários. Sua estrutura organizacional é composta pelas Secretarias Executivas de Coordenação Geral, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Atenção à Saúde, Vigilância à Saúde e Administração e Finanças, que têm o objetivo de formatar e executar as atividades preconizadas pelo SUS (RECIFE, 2015).

Segundo Albuquerque e Correia (2012), a saúde pública da cidade do Recife possui uma conformação pautada na mescla de dois modelos de atenção, que se configuram na atenção aos usuários numa perspectiva de modelos de atenção tradicional e modelos de reorganização dos sistemas de saúde pautados na atenção Básica.

A rede básica de saúde é composta por: 122 Unidades de Saúde da Família, 03 Upinhas/USF, com 268 ESF e 153 Equipes de Saúde Bucal (ESB); 26 serviços odontológicos ambulatoriais em Unidades Básicas Tradicionais e Policlínicas, 28 Equipes da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), 22 Unidades Básicas Tradicionais de Saúde, conta ainda com 20 Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF); e 6 Núcleos de Práticas Integrativas (NAPI). A rede de saúde ainda conta com 41 Polos de Academia da Cidade, uma das estratégias da política de promoção à saúde, com ênfase na atividade física, lazer e alimentação saudável (RECIFE, 2014).

A rede especializada é formada por: 12 Policlínicas, 06 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); 04 Serviços de Urgência Odontológica e 01 serviço especializado em saúde bucal para hipertensos e diabéticos, 03 Maternidades, 01 Hospital Pediátrico, o Laboratório Municipal de Saúde Pública e 07 Unidades Especializadas. Dentre esses, temos o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, Centro de Reabilitação Física, Unidade de Cuidados Integrals e o Ambulatório Especializado da Mulher (RECIFE, 2014).

Dentro desse modelo dual oferecido encontra-se o padrão estabelecido como Upinha. O modelo Upinha em Recife possui duas conformações diferenciadas, sendo uma de atendimento 24h – Upinha 24h, a qual será o foco deste estudo, e outra de atendimento diurno denominado de Upinha Dia. A Upinha 24h diferencia-se da Upinha Dia por ter além de atendimento de atenção básica programáticos, os atendimentos de urgências.

Considerando que as Upinhas 24h mesclam atenção básica e urgência, coloca-se como pergunta condutora deste trabalho: Como se dá a organização deste novo modelo assistencial e o processo de trabalho na Upinha 24h da Cidade do Recife?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever a organização do modelo assistencial e o processo de trabalho na Upinha 24h da Cidade do Recife.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever a lógica assistencial do modelo de atenção Upinha 24h;
- b) Identificar a constituição das equipes de trabalho, os vínculos empregatícios e o processo de trabalho da Upinha 24h.

3 MARCO CONCEITUAL

3.1 Processo de Trabalho no Setor Saúde

O trabalho ocupa um lugar central em qualquer sociedade, Marx (1983) diz que “o que distingue o homem dos animais é a capacidade que o homem tem de pensar antes no que ele irá trabalhar construir, já tendo ideia do resultado esperado.”

Giannotti (1983) reflete acerca do trabalho como um processo que aparece constituído de momentos que se iluminam reciprocamente e têm uma posição relacional. Outros autores como, Friedmann e Naville (1973), afirmam que o trabalho está presente em toda a vida da sociedade como um denominador comum e uma condição de toda vida humana. Mendes-Gonçalves (1994) afirma que para uma atividade conceber-se como ato, necessariamente, precisa fazer distinção de três elementos, que são: a atividade orientada a um fim, o ato em si mesmo, seu objeto e seus meios. Ou seja, o processo de trabalho é dado como acabado quando surge um resultado que, antes, existia apenas na imaginação do trabalhador. Quando relaciona à área da saúde, considera que as atividades em saúde faz parte de um grupo facilmente desvinculadas das características gerais do trabalho, por serem associadas com o domínio intelectual e elevados valores morais.

Segundo Machado (1996), o trabalho em saúde apresenta situação particular, pois cada profissão desenvolve um exclusivo processo de trabalho. As atividades são desenvolvidas de forma independente e cada profissional, seja médico, enfermeiro, psicólogo, odontólogo, farmacêutico entre outros, toma como concepção de autonomia técnica a ideia de que a base do seu conhecimento é o norteador para a liberdade profissional. Contudo, quando um trabalho é desenvolvido por diversos profissionais, cada um com um saber e uma especificidade trazida da sua formação acadêmica, tendo o mesmo objeto de trabalho, a complexidade desse processo se torna maior, e isso é visto em todos os setores da saúde. No entanto, o trabalho em equipe multiprofissional é fundamental na atenção à saúde, devido a que tanto no individual quanto no coletivo se concentram numerosas ações sanitárias que requerem interpretações, coordenação e integralidade para que as intervenções sejam efetivas.

A saúde pertence a um conjunto de atividades visivelmente desvinculadas das características gerais do trabalho. Por ser uma atividade essencial para a vida humana, o trabalho em saúde integra o chamado setor de serviços. Sendo sua maior característica o produto, que não é um bem material. Assim sendo, a produção pode assumir formas diversas,

como a realização de uma consulta, uma cirurgia, a aplicação de medicamentos, ações preventivas de caráter individual ou mesmo coletivo (FURTADO, 2009).

O processo de trabalho em saúde difere dos outros setores, uma vez que o usuário ao consumir o produto, não tem a informação técnica, ou seja, o conhecimento científico para poder escolher o que quer consumir. Outra particularidade é que todo trabalho em saúde está direcionado ao coletivo, mesmo ainda sendo muito centrado no saber médico.

Para Franco e Mehry (2008), o trabalho em saúde é visto como um ato vivo, isso é visto no exato momento em que ele é executado. Mas o trabalho vivo interage todo o tempo com instrumentos, normas, máquinas, formando assim um processo de trabalho, no qual interagem diversos tipos de tecnologias. Os autores chamam a atenção para que todo trabalho mediado por tecnologias, depende da forma como elas se comportam no processo de trabalho.

É impossível falar sobre processo de trabalho sem ressaltar a importância do trabalho em equipe. Um dos grandes desafios para consolidação do SUS hoje é adentrar nos processos de trabalho das equipes de saúde (FRANCO, 2004) de forma a colocar em análise e transformar as atuais práticas, posturas e atitudes entre trabalhadores e usuários no cotidiano dos serviços. Apesar de ter havido uma importante expansão dos serviços públicos – em especial da rede básica – desde a implementação do SUS, esse aumento de oferta não veio acompanhado de um aumento da resolutividade dos problemas (CAMPOS, 2003). O trabalho continua médico-centrado, focado no biológico e no procedimento, fragmentado, pouco eficaz e pouco eficiente.

Os sujeitos que compõem o trabalho em saúde (trabalhadores/gestores e usuários) travam relações de poder e estabelecem espaços de conflitos. No âmbito público, estão expostos, tanto à burocracia profissional que é coordenada pela padronização de atividades, quanto à forma divisionalizada, uma vez que as ações do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde são minimamente interdependentes. Ficam expostos também ao próprio direcionamento político dos gestores. Em ambas as configurações, as relações de poder se manifestam principalmente na organização do processo produtivo (SANTANA, 2001).

Quando se fala em divisão do trabalho na saúde, a principal referência é a divisão do trabalho médico, uma vez que é a fundadora da técnica científica moderna na saúde, e o núcleo do qual os outros trabalhadores derivam. Campos (1997) observa que a organização parcelar do trabalho em saúde e a centralidade em determinada etapa do projeto terapêutico produzem a alienação e podem dificultar o reconhecimento do trabalho realizado. Isto é propiciado se o profissional não se sente sujeito ativo do processo de trabalho ao qual está inserido, perdendo contato com elementos que potencializam e estimulam sua criatividade e

consequentemente, perderá a responsabilidade pelo objetivo final do seu processo interventivo.

Por outro lado, o processo compartilha características comuns com outros setores da economia, por estar marcado por uma direcionalidade técnica e envolver o uso de instrumentos e força de trabalho. Em relação à incorporação tecnológica, tem ocorrido outro diferencial no setor saúde, que é a incorporação de tecnologia avançada sem a redução dos postos de trabalho, diferentemente dos demais setores da economia (FEKETE 1999).

Com a criação do Programa de Saúde da Família em 1994, que teve como uma das características o trabalho Interdisciplinar e em equipe, objetivou-se a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos.

3.2 Modelos de Atenção a Saúde no Brasil

A ideia de modelos de atenção refere-se ao modo como são organizadas em um dado espaço e tempo, as ações de atenção à saúde. O modelo revela a forma de organização e articulação dos meios de trabalho (saberes e instrumentos) e dos diferentes recursos existentes (físicos, tecnológicos ou humanos) para solucionar as demandas em saúde de uma coletividade. É a expressão de lógicas que orientam as ações e por isso possui uma racionalidade. Modelos assistenciais se relacionam ao contexto socioeconômico, possuem uma dimensão ética e política e evidenciam determinado modo de conceber a saúde (PAIM, 2001; SILVA JUNIOR; ALVES, 2007). Os modelos assistenciais não devem ser concebidos como receitas, exemplos ou padrões a serem seguidos. Devem ser compreendidos em sua historicidade e nos valores, saberes e lógicas que definem a sua organização. Para Paim (2001), os modelos que prezam pela integralidade e pela resolutividade da assistência devem considerar a identificação e a análise dos problemas de saúde da população, centrando a atenção no usuário e superando perspectivas racionalizadoras. A emergência da ESF e do SUS representaram justamente a busca por esse novo modelo focado na integralidade da atenção, embora a Estratégia seja comumente problematizada como um programa com baixos custos e perspectivas focalizadas, conforme discutem Franco e Merhy (2003) e Soares (2005).

Ao longo da história das políticas de saúde brasileira, existiram diversos modelos de atenção. Anteriormente ao SUS, o modelo hegemônico denominado “médico assistencial privatista” caracterizava-se pela prestação de uma assistência curativa, individualizada e

especializada; no ambiente ambulatorial e hospitalar; na figura do médico e; no uso de equipamentos e procedimentos com elevados custos. Em consequência esse modelo médico hegemônico apresentava alto custo e não garantia acesso a toda a população brasileira. Articulado à Previdência e ao setor privado contemplava nas ações e serviços de saúde apenas os trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho. As ações de saúde pública eram desenvolvidas de forma limitada e incipiente pelo Ministério da Saúde (MS) (BRAVO, 2006).

O alto custo e a ineficácia desse modelo suscitaram no Brasil a partir da década de 1970, além da influência dos debates em âmbito internacional sobre modelos de assistência, a reflexão sobre a organização dos serviços de saúde, evidenciando as principais dificuldades e a necessidade de reformular a assistência prestada (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007). Imbuídos de ideais emancipatórios e buscando um modelo de atenção à saúde pautado em valores como a democracia, a cidadania e a justiça social, o Movimento da Reforma Sanitária (integrado por intelectuais, sanitaristas, profissionais da saúde e usuários) fundamentou a crítica ao modelo predominante até então e lançou as bases para a nova política de saúde. Um marco importante desse processo foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, que reuniu um grande número de participantes, mobilizando a sociedade em torno de um amplo debate sobre a saúde (PAIM, 2001).

A emergência do SUS na Constituição Federal de 1988 representou então, a busca pela ruptura com o modelo médico hegemônico predominante na organização da política de saúde brasileira. A partir do SUS, a saúde passou a ser concebida como direito de todos e como dever do Estado, ao mesmo tempo em que se ampliou o próprio entendimento do processo saúde-doença. A saúde passou a ser vinculada a qualidade de vida considerando os diferentes fatores sociais, culturais e econômicos que interferem no adoecimento de indivíduos e coletividades (BRASIL, 1988).

Novos ideais e objetivos passaram a ser impressos à política de saúde. Com o objetivo de detalhar e regulamentar esses valores e objetivos, na década de 1990 foram implementadas as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080 e nº 8.142 que representam importantes instrumentos legais na regulamentação do SUS. Dispõem sobre a organização e funcionamento dos serviços de saúde e sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema, respectivamente. Estabelecem os 24 princípios e diretrizes que imprimem valores e regem o funcionamento do SUS (BRASIL, 1990a, 1990b).

Dentre estes princípios e diretrizes destaca-se a universalidade, a integralidade, a descentralização e a participação popular. A universalidade representa o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção por toda a população; a integralidade expressa a

articulação de ações preventivas, curativas e de promoção da saúde; a descentralização político-administrativa estabelece a direção única em cada esfera de governo, com foco na regionalização e hierarquização dos serviços, bem como na descentralização destes para os municípios; por fim a participação da comunidade expressa o direito de usuários, trabalhadores da saúde, prestadores de serviços e gestores participarem conjuntamente da gestão do Sistema através dos Conselhos e Conferências de Saúde entendidos como instâncias colegiadas presentes em todas as esferas de governo.

Nesse novo modelo de atenção a saúde, está prevista, através da descentralização, a construção de uma rede de serviços de saúde regionalizada e hierarquizada, cujos pontos devem estar interligados e ter como foco a Atenção Primária à Saúde (APS). Este entendimento foi sendo construído ao longo do desenvolvimento do SUS, a partir da consideração de que a APS funciona como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde e, portanto o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com as ações e serviços de saúde.

4 PLANO OPERATIVO

4.1 Delineamento do estudo

O presente estudo propõe-se a analisar o processo de trabalho realizado no novo modelo de atenção à saúde proposto pela secretaria de saúde municipal da cidade do Recife – Upinha 24h. A cidade do Recife conta em 2015 com 03 Upinhas 24h, são elas: Upinha Moacir André Gomes, no Morro da Conceição; Upinha Doutor Hélio Mendonça, no Córrego do Jenipapo; e Upinha Dra. Fernanda Wanderley, na Linha do Tiro (Anexo A).

Este estudo foi realizado na Upinha 24h Dr^a Fernanda Wanderley do Distrito Sanitário (DS) II do Recife, que fica localizada na Linha do Tiro no Bairro de Dois Unidos.

A coleta de dados foi realizada através de levantamento documental, que segundo Gil (2008) é muito parecida com levantamento bibliográfico, o que as diferenciam é que o material usado para coleta de dados ainda não sofreu uma análise crítica. Nesse estudo foi usado como material para coleta de dados referentes aos tipos de atendimento realizados na Upinha, o Sistema de Informação do eSUS Atenção Básica, que nos permitiu descrever que tipos de atendimentos são realizados na unidade; para conhecimento da força de trabalho foi usado o banco de dados da Divisão Distrital de Gestão do Trabalho do DSII e o consolidado da frequência que nos possibilitou detalhar a carga horária dos profissionais (Anexo B).

A escolha por esses documentos se deu devido ao tempo que teríamos para realizar a descrição da Upinha e por serem considerados uma fonte confiável de dados, não implicando em altos custos, e possibilitando uma leitura aprofundada das fontes. As observações realizadas foram feitas de forma não participante, uma vez que seria necessário coleta de dados in loco.

A análise dos documentos foi feita de forma a verificar quais categorias, carga horária, tipo de vínculo, regime de trabalho existiam na Upinha para ser possível um estudo sobre a lógica do modelo assistencial.

Realizou-se uma descrição detalhada do modelo Upinha, pautado na classificação de Paim et al. (2011) que define sistemas de serviços de saúde em quatro componentes, a saber: a) infraestrutura; b) acesso e uso dos serviços; c) financiamento e d) organização e oferta de serviços.

5 RESULTADOS

5.1 Descrição do modelo Upinha 24h

Com o intuito de fortalecer a capacidade resolutiva do sistema de serviços de saúde, o município do Recife investe desde 2013, vem com uma nova modalidade de conformação da oferta de serviço de saúde, as Upinhas 24h. A Upinha 24h Fernanda Wanderley, foi inaugurada em agosto de 2014, com uma característica peculiar em relação aos outros equipamentos de saúde do município. Este modelo de prestação de serviço proporciona assistência de modo articulado, contemplando em um mesmo espaço, atendimento de atenção básica, e de urgências e emergências de baixa complexidade. Do ponto de vista da **infraestrutura**, as Upinhas 24h possuem recepção, salas de acolhimento, vacinação, consultórios para atendimento ambulatorial médico, atendimento odontológico, pequenas intervenções cirúrgicas, sala de observação, serviço de nebulização, curativos, suturas e medicação, além de espaço para reunião e para os Agentes Comunitários de Saúde e ambientais, bem como uma sala de apoio para equipe do NASF. As salas de atendimento são equipadas com todo instrumental/material permanente e de consumo necessário para os atendimentos das pequenas urgências como: ambú com máscaras, aspirador de secreções, carro de parada, desfibrilador, monitor cardíaco, material para intubação, laringoscópio, bolsa de ventilação, e toda medicação básica para Parada Cardiorrespiratória.

Cada equipe de Atenção Básica tem 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem, 01 Cirurgião Dentista e 01 auxiliar de saúde bucal, além de 06 Agentes Comunitários de Saúde, conforme preconizado pelas Portarias - 2488/2011 e 267/2001, respectivamente (BRASIL, 2001, 2011).

Dando suporte para os atendimentos de urgência tem 02 técnicos de Enfermagem que ficam na sala de observação, e no horário das 19h às 7h tem um médico plantonista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um auxiliar administrativo para a recepção, por ofertar apenas atendimento para pequenas urgências o serviço não possui na equipe nenhum profissional especialista.

A Upinha ainda conta com uma equipe de NASF, composta por Terapeuta Ocupacional (02 profissionais), Fisioterapeuta (01), Fonoaudiólogo (01), Nutricionista (01), Farmacêutico (01) e 01 Assistente Social que atuam junto às equipes de Saúde da Família.

A Upinha possui ainda, um sistema informatizado, que facilitou a implantação do e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB/SISAB) que é uma estratégia do Departamento de Atenção

Básica (DAB/SAS/MS) para desenvolver, reestruturar e garantir a integração dos sistemas de informação na atenção básica (BRASIL2015).

A Upinha 24h Dra. Fernanda Wanderley, conta com cinco consultórios médicos, um consultório ginecológico, uma sala para acolhimento, duas recepções, uma farmácia, uma sala de curativo, uma sala de vacina, sala de gerência, sala para ACS e ASACE, uma sala para o NASF, uma sala com três cadeiras de Odontologia com RX, um escovôdromo, sala de recuperação com cardioversor com capacidade para cinco leitos, copa para funcionários, auditório, uma central de Material de esterilização, duas salas para descanso dos plantonista, uma feminina e outra masculina.

Em relação ao **acesso e uso dos serviços**, as ESF são capacitadas para atender dentro do novo padrão da Atenção Básica. Todos os serviços funcionam na lógica de área adscrita, ou seja, mesmo no período após as 19h os atendimentos são para usuários das micro áreas da Unidade de Saúde da Família (RECIFE, 2015).

No horário das 7h às 19h os atendimentos são realizados por três ESF, que fazem horário diferenciado, para que sempre tenha um profissional médico para atender as pequenas urgências, uma equipe inicia as atividades de 7 às 15h, a outra de 9 às 17h e outra no horário de 11 às 19h, essas equipes realizam procedimento de atenção básica atendendo a população adscrita de aproximadamente 12 mil pessoas (Equipe I – 2.632 pessoas, Equipe II- 3.868 pessoas e Equipe III 3.726 pessoas).

Após as 19h a Upinha funciona com uma estrutura de urgência para atendimento da mesma população adscrita em casos de pequenas urgências como mostrada na figura 1 e com uma equipe formada por 01 médico, 01 enfermeiro e 01 técnico de enfermagem.

Os usuários, que estão dentro da área adscrita pela Upinha, têm a mesma como porta de entrada do sistema de saúde municipal, as famílias cadastradas através dos agentes comunitários de saúde tem acesso mediante apresentação do cartão da família, tanto para as consultas e programas ligados à Saúde da família quanto para o acesso aos atendimentos de urgências. Os serviços ofertados são os já descritos, que são os relacionados ao leque de serviços da saúde da família e pequenas urgências.

Quanto a **Organização e oferta de serviços**, as equipes de atenção básica são organizadas no período que vai das 7 às 19h e realizam os seguintes procedimentos: pré-natal, puericultura (atendimento a criança de 0 a 2 anos), exame de citopatológico de colo uterino, acompanhamento de hipertensos e diabéticos, atenção ao idoso, atividades educativas, acompanhamento e tratamento de doenças como Tuberculose e Hanseníase e visita domiciliar.

O modelo pautado na organização da oferta de serviço pela atenção primária, de acordo com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, deverá ser a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2011). O modelo Upinha também vem pautado na oferta de serviços descritos na citada Portaria, com um plus, que são os atendimentos de urgência. Observa-se que quando o paciente que é da área adscrita usa o serviço de urgência no horário após as 19h, não é feito um link com sua equipe da saúde da família, ficando aquele atendimento solto, quebrando a linha de cuidado preconizada na atenção básica.

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. As Upinhas são unidades de saúde administradas pela Secretaria de Saúde, assim como todos os equipamentos de saúde existente no município. Todas estão construídas em terreno próprio seguindo as recomendações da Portaria nº 340 março de 2013, art. 6, que em seu inciso III

diz que: para pleitear financiamento o imóvel deverá ter certidão de registro emitida pelo cartório de registro de imóveis competente ou, alternativamente, por termo de doação de forma irrevogável e irretroatável por, no mínimo, 20 (vinte) anos ao Município ou Distrito Federal conforme documentação exigida em lei como hábil à prova de propriedade e ocupação regular do imóvel ou, ainda, mediante declaração comprobatória da condição de terreno público (BRASIL, 2013).

O modelo Upinha em conformação com o modelo de acesso as Unidades de Saúde da família do Recife, implantou o acolhimento como dispositivo para reordenação do processo de trabalho, nesse modelo as equipes fazem um revezamento entre os profissionais de nível superior como médico, enfermeiro e dentista, para a uma escuta qualificada dos pacientes que chegam por demanda espontânea, em meio às atividades da ESF.

Os médicos que compõem as ESF também se dividem no atendimento das pequenas urgências que chegam à unidade, como: picos hipertensivos, crise de asma, drenagem de abscessos, pequenas suturas, entre outras. Quando necessário, os pacientes são dirigidos à sala de observação, para medicação endovenosa, por exemplo, e os mesmos médicos das ESF é quem ficam com a responsabilidade na observação e evolução dos pacientes na sala de

observação. Ou seja, no horário de 7 da manhã até às 19 horas, as ESF têm que se dividir entre as atividades da atenção básica e as urgências.

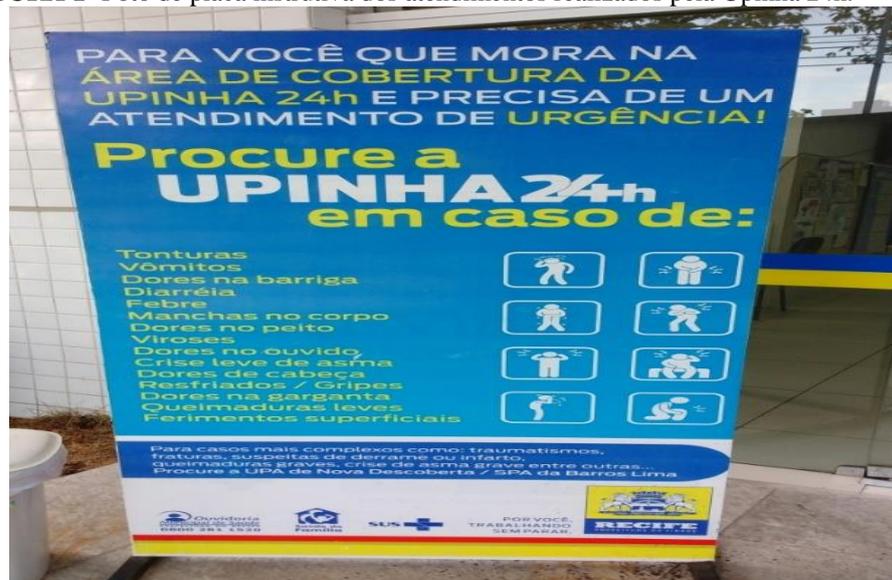
Além das equipes de atenção básica, a Upinha conta, também, com uma farmácia da família, onde é feito a distribuição de remédios para população adscrita a unidade, a mesma é composta por um farmacêutico, que fica em regime de 6h diárias, e dois auxiliares administrativos que ficam responsáveis pela distribuição de medicamentos a população.

Apesar da ESF, ser uma Política Nacional, com várias portarias que orientam sua organização, tudo isso não tornou mais fácil identificar quais as responsabilidades deste nível de atenção no atendimento de demandas que fogem ao preconizado nas ações programáticas voltadas para atenção básica. No modelo Upinha apesar de ser um misto de atendimento de urgência e atenção básica, os profissionais ainda não entendem a clareza das suas responsabilidades como agente nesse novo modelo.

Na atenção básica as demandas podem ser programadas (agendadas) em conformidade com as linhas de cuidado, ou espontâneas, quando em decorrência de algum imprevisto ou manifestação de doença que leve o usuário a procurar atendimento, sem agendamento prévio. É este usuário que procura a urgência das Upinhas.

Foi realizada uma observação não participante, com o objetivo de conhecer a realidade a ser estudada. Na entrada das Upinhas há instruções de quais atendimentos são realizados, como forma de esclarecer a população de quando deve procurar a Upinha 24h. (Figura 1).

FIGURA 1- Foto de placa instrutiva dos atendimentos realizados pela Upinha 24h.



Fonte: Recife (2015).

A Figura 1 exemplifica quais são os principais atendimentos feitos pela Upinha 24h, tais como: Tonturas, vômitos, dores de barriga, diarreia, dores no ouvido, crise leve de asma, dores de cabeça, resfriados/gripes, dores na garganta, queimaduras leve, ferimentos superficiais.

Outro ponto observado foi a falta de um conselho de saúde local, assim como acontece em algumas unidades do DS II. Os conselhos de Saúde são órgãos colegiados de caráter deliberativo que tem como suas principais competências implementar a mobilização e articulação contínua da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social de Saúde, atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros propondo estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado, como previsto na Lei nº 8142/90 (BRASIL, 1990).

Do ponto de vista do **financiamento**, a Upinha assim como outros equipamentos foi incluída como prioridade na Lei nº 17.876/2013, que dispõe Sobre as Diretrizes para a Elaboração da Lei Orçamentária de 2014 para o Município de Recife, em seu artigo 3º diz que:

A administração municipal estabelece para 2014, por área, as seguintes prioridades e metas: no Eixo - Qualificando os Serviços no Parágrafo II - Saúde: Construção do Hospital da Mulher, Upinhas e UPAs especialidades, além de ações preventivas para as doenças negligenciadas e fortalecimento da vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental (RECIFE, 2013).

A Lei Orçamentária Anual (LOA) é que define as despesas públicas para o ano seguinte, e nenhuma despesa pública pode ser executada fora do orçamento previsto para aquele ano.

Como ponto de partida do planejamento municipal destaca-se a previsão orçamentária, que é uma exigência da Lei de Responsabilidade Fiscal. Contudo, a Prefeitura do Recife, dispõe de um portal de transparência para consulta das despesas, porém não foi possível discriminar para qual serviço de saúde foi aplicado o recurso, os campos fontes de recursos e modalidades de aplicação, não estão preenchidos.

Outra fonte encontra no estudo, foi o Portal de Transparência do Governo Federal, onde na página de Transferência de Recursos por Estados/Município no exercício 2013, onde na figura abaixo podemos ver que no referido ano, foram destinados recursos do governo federal para o Estado de Pernambuco o quantitativo de R\$: 7.426.036.501,75, onde deste montante R\$: 1.282.105.505,81 foram destinados ao município do Recife, onde foram usados

RS\$: 400.000,00 para implantação, construção e ampliação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) (Figura 2).

FIGURA 2 - Página do Portal de Transparência do Governo Federal, Exercício, 2013.

The screenshot shows the following data:

TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS POR ESTADO/MUNICÍPIO		
UF: PERNAMBUCO		EXERCÍCIO: 2013
Total destinado aos favorecidos situados no Estado:		R\$ 16.611.152.445,45
Total destinado ao Governo do Estado:		R\$ 7.426.036.501,75
Total destinado aos favorecidos situados nos municípios do Estado:		R\$ 9.185.115.943,70
Total destinado aos favorecidos situados no município RECIFE:		R\$ 1.282.105.505,81
Total destinado à ação 12L4 - Implantação, Construção e Ampliação de Unidades de Pronto Atendimento - UPA:		R\$ 400.000,00

CNPJ/CPF/NIS/Outros	Favorecido [Nome Fantasia]	Total no Ano (R\$)
41.090.291/0001-33	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE (FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DA CIDADE DO RECIFE)	400.000,00

Fonte: Brasil (2015).

Durante a pesquisa foi encontrado vários fatores conflitantes no Processo de Trabalho da Upinha, um deles é quando o atual modelo Upinha 24h que nos trás uma divergência como o modelo proposto pelo Ministério da Saúde onde se preconiza com a Estratégia de Saúde da Família, romper com o modelo tradicional caracterizado por uma assistência à saúde médico-centrada, quando dentro de um mesmo espaço se coloca atendimento de urgência com enfoque curativista. Uma vez que os profissionais ficam preocupados em dar conta da demanda espontânea, deixando em segundo plano as ações programáticas relacionadas a linha de cuidado.

5.2 Constituição, vínculos empregatícios e o processo de trabalho da Equipe da Upinha 24h - Dr^a Fernanda Wanderley

A unidade selecionada para realização do estudo foi a Upinha 24h Dr^a Fernanda Wanderley, que conta com uma força de trabalho composta por 03 médicos da Saúde da Família, 03 Enfermeiros, 02 técnicos de Enfermagem, 03 Cirurgião Dentista, 02 Técnicos de Saúde Bucal, 01 auxiliar de Saúde Bucal, 18 Agente Comunitários de Saúde, todos esses com carga horária de 40h semanais.

Os dados analisados permitem identificar que na composição da ESF existem dois técnicos de enfermagem com carga horária de 30h, diferente dos outros 2 técnicos, esse arranjo se deu devido a falta do profissional de 40h para compor a equipe no ato de inauguração da Upinha, os mesmo pertencem a uma mesma equipe ficando cada um numa escala de 6h diárias para cumprir carga horária de 30h semanais. Conta ainda com 8 médicos plantonista em regime de 24h semanais, 01 farmacêutico de 30h, um Gerente Administrativo nível superior com formação em Enfermagem 40h, 10 Aux. Administrativo, 07 técnicos de Higiene 44h, 08 seguranças que trabalham em regime de plantão de 12x36.

QUADRO 1 - Demonstrativo da Força de Trabalho da Upinha 24h Dr^a Fernanda Wanderley- DS II- Recife

CATEGORIA	CARGA HORÁRIA	QUANTITATIVO
MÉDICO PSF	40h	3
MÉDICO PLANTONISTA	24h	8
ENFERMEIRO	30h	10
ENFERMEIRO /PSF	40h	3
CIRURGIÃO DENTISTA	40h	3
FARMACÊUTICO	30h	2
GERENTE ADMINISTRATIVO	40h	1
TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL	40h	2
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	40h	3
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	30h	10
AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	40h	1
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	40h	18
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	44h	10
TÉCNICO DE HIGIENE	44h	7
SEGURANÇA	12x36	8

Fonte: A autora

QUADRO 2 - Demonstrativo da Força de Trabalho de acordo com o tipo de Vínculo

TIPO DE VÍNCULO	TOTAL DE SERVIDORES	%
ESTATUTÁRIOS	36	48,64
CONTRATADOS	9	12,16
SERVIÇOS PRESTADOS- RPA	3	4,05
TERCERIZADOS	26	35,13
TOTAL	74	100

Fonte: A autora.

Foi observado durante a coleta de dados as diversas formas de contratação e vínculos dos profissionais que compõe a Upinha Dr^a Fernanda Wanderley, e como esse interferem no processo de Trabalho.

No cenário nacional é cada vez mais frequentes as diferentes formas de recrutamento no setor público. O grande desafio que se impõe hoje ao setor é a necessidade de superar os obstáculos econômicos, políticos e éticos quanto à qualidade dos serviços prestados à população usuária do Sistema Único de Saúde. Crescer com qualidade, prestar serviços com ética e compromisso social são os nossos grandes e verdadeiros desafios. Com isso a contratualização de resultados é apontada como uma das principais estratégias da Nova Gestão Pública, que surge em um cenário de críticas ao modelo burocrático da administração pública e de novas exigências econômicas, políticas e sociais colocados para o Estado (DITTERICH, 2012).

As formas de contratação pela Administração direta, muitas vezes levam a algumas limitações na sua implantação e implementação da política de RH, esbarram em instrumentos que regulam os gastos públicos, além de uma legislação que define a forma de ingresso e permanência no serviço público, sem contar há uma dependência de autorização da área econômica que observa, além dos limites legais para gasto com pessoal, critérios próprios para alocação de recursos que nem sempre levam em consideração a relevância do setor saúde (BARBOSA 2010).

A Secretaria de Saúde do Recife, também segue essa tendência nacional, nas formas de contratação. Atualmente existem diversas modalidades de recrutamento na SESAU, como visto no Quadro 2, dentre as principais estão concurso público, a seleção simplificada, contratos por tempo determinado, as terceirizações e os pagamentos por empenho. Na Upinha

o maior percentual é de estatutário que totalizam 48,64% dos servidores, seguidos dos terceirizados 35,13%.

No ingresso via concurso público os servidores são admitidos em regime estatutário, que é um conjunto de regras jurídicas que disciplinam direitos deveres e demais aspectos da vida funcional, contidas no estatuto do servidor, que em Recife que é regido pela Lei nº 14.728/85 (BRASIL, 1985).

A Prefeitura da Cidade do Recife (PCR), seguindo uma tendência do Governo do Estado e Nacional, vem trazendo uma discussão de que é urgente um serviço de qualidade e eficiência, necessitando de novos arranjos institucionais. Enxerga no terceiro setor a resposta para essas pressões.

Hoje se constitui uma prática comum a prestação de serviços na saúde, pelo setor complementar tanto para serviços de saúde quanto para mão de obra. Temos na atualidade na SESAU as mesmas instituições que prestam serviços de saúde, também são responsáveis pela contratação da força de trabalho, com as mais diversas categorias, que vão desde serviços gerais a médicos.

É importante destacar que os prestadores de serviços, que são contratados pela SESAU para prestar serviços na Upinha contam com dois regimes trabalhistas diferentes, alguns são recrutados através de contratos, ou seja, esses contratos são temporários, são regidos pela CLT e podem atuar em atividades fim (exercer as mesmas funções dos empregados da empresa tomadora de serviços). Enquanto os terceirizados, só podem exercer as chamadas atividades meio (que são atividades diferentes das realizadas pela empresa contratada). Essa realidade pode mudar com a aprovação pela Câmara dos deputados do PL 4330, que amplia a abrangência tanto para as atividades meio, como para fim. Esse projeto ainda está em tramitação no Senado.

A principal dificuldade encontrada hoje na Upinha em relação às diversas formas de vínculos esta na forma de pagamento dos plantões, pois para os servidores estatutários isso fica mais fácil e seguro uma vez que os mesmos possuem matrícula e vínculo estável, não sendo uma dificuldade para a secretaria de administração a realização desse pagamento. A mesma estabilidade não acontece com os servidores contratados e terceirizados, uma vez que o repasse para pagamento dos salários dos mesmos é feito ao prestador de serviços que repassa aos trabalhadores por eles contratados, muitas vezes resulta em atrasos salariais e quebra de acordos contratuais. Esse misto de vínculos acaba interferindo no Processo de trabalho uma vez que a segurança no emprego faz o trabalhador ter visões diferentes da realidade encontrada e comportamentos diferentes.

Ainda como atividades da atenção básica, como já colocado, faz parte da Upinha também a equipe do NASF criada com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, uma vez que é composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento. O NASF deve buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários e ambientais dentro dos territórios. As atividades inerentes ao NASF, nas Upinhas, seguem a mesma lógica das Unidades de Saúde da Família, onde as atividades compartilhadas vêm com a ideia de troca de conhecimento e que a especificidade de cada categoria do NASF amplie a resolubilidade da atenção básica. Na Upinha além do compartilhamento das consultas, o NASF também exerce atividades de educação permanente, quando participam em grupos populacionais, quando atuam para o acontecimento de atividades intersetoriais, outra observação na Upinha é que essa equipe estimula as conversas entre as equipes de saúde família e saúde bucal no que diz respeito a processo de trabalho e planejamento de ações para a comunidade atendida no serviço.

Demonstra-se no quadro 3 a composição da equipe NASF. O tipo de vínculo desses profissionais são todos contratos através do Hospital Evangélico.

QUADRO 3 - Demonstrativo da Equipe NASF

CATEGORIA	CARGA HORÁRIA	QUANTITATIVO
ASSISTENTE SOCIAL	30h	01
FARMACÊUTICO	40h	01
FISIOTERAPEUTA	20h	01
FONOAUDIOLOGA	40h	01
NUTRICIONISTA	40h	01
TERAPEUTA OCUPACIONAL	20h	02

Fonte: A autora

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que em função da brevidade da realização da pesquisa, entende-se como oportuno a complementação das informações aqui apresentadas com outros métodos de coleta de dados, a exemplo da entrevista a informantes chaves. Estas primeiras informações coletadas serão pertinentes na conformação de um roteiro de entrevistas que possibilitará melhor compreensão deste novo modelo que se configura na cidade do Recife, no entanto, compreende-se que a pesquisa aqui apresentada tem um caráter inovador e desconhece-se outros trabalhos que tenham abordado esta intervenção.

Sugere-se ainda, que novos estudos possam esclarecer melhor o processo de trabalho nas Upinha 24h do Recife, através de entrevistas com usuários e profissionais. Explorando a percepção dos usuários em relação ao modelo Upinha 24h. Outra observação a ser feita foi em relação à falta de integração e comunicação entre as equipes de atenção básica e Urgência, pois quando um paciente é atendido pela equipe de urgência que fica no horário das 19 às 7h, o motivo que o levou a procurar o atendimento de urgência não é repassado para equipe de atenção básica a qual é responsável por seu acompanhamento.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Kamila Matos de et al. Um novo modelo de governança em saúde para o Recife avançar. **Painel: a revista de Brasília**, Brasília, v. 32, n. 98, p. 2-13, maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela vida, em defesa dos SUS e de gestão**. Brasília, 2006.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2006. p. 88-110.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). O Desafio da Gestão Pública numa Conjuntura de Mudança na Relação Estado-Sociedade: A Gestão do Trabalho em Pauta. In: _____. **Gestão do trabalho na saúde**. Brasília, 2007. p. 14-37. (Coleção Progestores - Para entender a Gestão do SUS, v. 5).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). A Gestão do Trabalho no SUS em pauta. In: _____. **A Gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília, 2011. p. 94-98. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, v. 9).

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 20 jan. 2016.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 20 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 20 jan. 2016.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Portaria nº 267, de 6 de março de 2001. **Estabelece Incentivo Financeiro Estadual às Ações da Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família**. Brasília, 2001. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1725.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2016.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Portaria nº 340, de 04 de março de 2013. **Redefine O Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde.** Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0340_04_03_2013.html>. Acesso em: 21 jan. 2016.

BRASIL. Controladoria-Geral da União. **Transferência de recursos por estado/município.** Disponível em: <<http://www.portalttransparencia.gov.br/PortalTransparenciaListaUFs.asp?Exercicio=2013>>. Acesso em: 16 dez. 2015.

BARBOSA, Nelson Bezerra et al. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p.2483-2495, 2010.

BONFIM, Daiana et al. Identificação das intervenções de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: Parâmetros para o dimensionamento de Trabalhadores. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 6, n. 46, p. 1462-1470, dez. 2012.

CAMPOS, G. W. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p. 229-266.

DITTERICH, Rafael Gomes et al. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 28, p. 615-627, abr. 2012.

FEKETE, M. C. **Sistema de incentivo como instrumentos de gestão do trabalho em saúde.** 1999. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 1999.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias et al. (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-124.

GIANNOTTI, J. A. **O ardil do trabalho: trabalho e reflexão.** São Paulo: Brasiliense, 1983.

KURCGANT, P.; CUNHA, K.; GAIDZINSKI, R. R. Subsídios para a estimativa de pessoal em enfermagem. **Enfoque**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 79-81, 1989.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.; MACHADO, C. Políticas de Saúde nos anos 90 relações intergovernamentais e os papéis das normas operacionais básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, p. 269-291, 2001.

MACHADO, Claudia Regina; POZ, Mário Roberto dal. Sistematização do conhecimento sobre as metodologias empregadas para o dimensionamento da força de trabalho em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p.239-254, jan. 2015.

MACHADO, M. H. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). **Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 257-281.

MAGALHÃES, A. M. M.; DUARTE, E. R. M.; MOURA, G. M. S. S. Estudo das variáveis que participam do dimensionamento de pessoal de enfermagem em hospitais de grande porte. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 16, n. 1/2, p. 5-16, 1995.

MARX, K. **O capital**. São Paulo: Abril Cultural, 1983. v. 1, tomo 1.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologias e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

PAIM, J. S. Reforma sanitária e municipalização. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 29-48, 1992.

PAIM, J. S. **Modelos assistências: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde**. Brasília, 2001. Disponível em:

<http://www7.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/relatorios/gestao_2000_2002/plano_trabalho_an_exosi.htm/modelos_assistenciais.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2015.

PINTO, Isabela Cardoso de Matos; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Formulação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: o caso da secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008; **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1-12, set. 2011.

RECIFE. Prefeitura Municipal. **Lei nº 17.876/2013, de 14 de junho de 2013**. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração da lei orçamentária de 2014. Recife, 2013. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/pe/r/recife/lei-ordinaria/2013/1788/17876/lei-ordinaria-n-17876-2013-dispoe-sobre-as-diretrizes-para-a-elaboracao-da-lei-orcamentaria-de-2014>>. Acesso em: 22 ago. 2015.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde da Cidade do Recife 2010/2013**. Recife, 2013.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Caderno de notícias**. Disponível em: <<http://www2.recife.pe.gov.br/noticias/28/01/2015/>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

SANTANA, J. P. Política municipal de recursos humanos em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro, 2001. p. 219-234.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da; ALVES, Carla Almeida. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, Marcia Valeria G.; CORBO, Anamaria D'Andreia (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007. p.27- 42.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; FORMIGLI, V. L. Avaliação em Saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 91, jan./mar. 1994.

ANEXO B - Relatório procedimento da Upinha gerado através do eSUS.

RELATÓRIO DE PROCEDIMENTOS
EQUIPE: DOIS UNIDOS
INE: 0001539663



FEVEREIRO
2015

PROCEDIMENTOS

PROCEDIMENTOS CONSOLIDADOS	QUANTIDADE	SAÚDE BUCAL	QUANTIDADE
AFERIÇÃO DE PA	47	ACESSO A POLPA DENTÁRIA E MEDICAÇÃO	12
AFERIÇÃO DE TEMPERATURA	9	ADAPTAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA	0
COLETA DE MATERIAL PARA EXAME LABORATORIAL	0	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE)	0
CURATIVO SIMPLES	0	APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE)	0
GLICEMIA CAPILAR	1	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO)	32
MEDIÇÃO DE ALTURA	0	CAPEAMENTO PULPAR	10
MEDIÇÃO DE PESO	11	CIMENTAÇÃO DE PRÓTESE	0
TOTAL	68	CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECÂNICO	15
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	QUANTIDADE	DRENAGEM DE ABSCESSO	0
ENDOVENOSA	0	EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA	0
INALAÇÃO / NEBULIZAÇÃO	1	EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO	5
INTRAMUSCULAR	0	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	3
ORAL	0	INSTALAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA	0
PENICILINA PARA TRATAMENTO DE SÍFILIS TÓPICA	0	MOLDAGEM DENTO-GENGIVAL P/ CONSTRUÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA	0
TOTAL	1	ORIENTAÇÃO DE HIGIENE BUCAL	5
PROCEDIMENTOS / PEQUENAS CIRURGIAS	QUANTIDADE	PROFILAXIA / REMOÇÃO DA PLACA BACTERIANA	20
ACUPUNTURA COM INSERÇÃO DE AGULHAS	0	PULPOTOMIA DENTÁRIA	0
ADMINISTRAÇÃO DE VITAMINA A	0	RADIOGRAFIA PERIAPICAL / INTERPROXIMAL	5
CATERISMO VESICAL DE ALÍVIO	0	RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE)	144
CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PEQUENAS LESÕES	0	RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE)	82
CIRURGIA DE UNHA (CANTOPLASTIA)	0	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO	1
CUIDADO DE ESTOMAS	0	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR	4
CURATIVO ESPECIAL	0	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR	30
DRENAGEM DE ABSCESSO	0	RETRADA DE PONTOS DE CIRURGIAS BÁSICAS	1
ELETCARDIOGRAMA	0	SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA	45
COLETA DE CITOPATOLÓGICO DE COLO UTERINO	0	TRATAMENTO DE ALVEOLITE	0
EXAME DO PÉ DIABÉTICO	0		
REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO DA CAVIDADE	0		

ANEXO C - Relatório de tipos de atendimento da Upinha gerado através do eSUS.

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO		SAÚDE  <small>SISTEMA E-SUS</small>		FEVEREIRO
EQUIPE: DOIS UNIDOS				2015
INE: 0001539663				
TIPO DE ATENDIMENTO				
TIPO DE ATENDIMENTO				QUANTIDADE
CONSULTA	CONSULTA AGENDADA			210
	CONSULTA AGENDADA PROGRAMADA / CUIDADO CONTINUADO			0
DEMANDA ESPONTÂNEA	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA			6
	CONSULTA NO DIA			111
	ESCUITA INICIAL / ORIENTAÇÃO			82
OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO				QUANTIDADE
CONSULTA ODONTOLÓGICA	CONSULTA DE CONCLUSÃO DO TRATAMENTO			0
	CONSULTA DE MANUTENÇÃO			0
	CONSULTA DE RETORNO			60
	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA			51
NASF	AVALIAÇÃO / DIAGNÓSTICO			0
	PRESCRIÇÃO TERAPÊUTICA			0
	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS / TERAPÊUTICOS			0
ATIVIDADE COLETIVA	ATENDIMENTO EM GRUPO			4
	AVALIAÇÃO/PROCEDIMENTO COLETIVO			0
	EDUCAÇÃO EM SAÚDE			17
	MOBILIZAÇÃO SOCIAL			0
LOCAL DE ATENDIMENTO				
LOCAL DE ATENDIMENTO				QUANTIDADE
DOMICÍLIO				0
ESCOLA/CRECHE				0
RUA				0
UBS				408
UNIDADE MÓVEL				1
OUTROS				0
ACADEMIA DA SAÚDE				0
INSTITUIÇÃO/ABRIGO				0
UNIDADE PRISIONAL OU CONGÊNERES				0
UNIDADE SOCIOEDUCATIVA				0