

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

ANNE CAROLINE COELHO LEAL ARIAS AMORIM

**PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM CENÁRIO DA BAHIA:
ACESSO, VÍNCULO E RESPONSABILIZAÇÃO?**

FEIRA DE SANTANA - BA

2010

ANNE CAROLINE COELHO LEAL ARIAS AMORIM

**PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM CENÁRIO DA BAHIA:
ACESSO, VÍNCULO E RESPONSABILIZAÇÃO?**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Marluce Maria Araújo Assis

FEIRA DE SANTANA - BA

2010

Ficha catalográfica: Biblioteca Central Julieta Carteado

Amorim, Anne Caroline Coelho Leal Arias

A543p **Produção do cuidado na estratégia saúde da família em um cenário da Bahia: acesso, vínculo e responsabilização? / Anne Caroline Coelho Leal Arias Amorim. – Feira de Santana, 2010.**

112 f. : il.

Orientadora: Marluce Maria de Araújo Assis

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, 2010.

1. Programa Saúde da Família. 2. Prática de saúde – Acesso. 3. Prática de saúde – Vínculo. 4. Prática de saúde – Responsabilização. 5. Sistema Único de Saúde. I. Assis, Marluce Maria Araújo. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Departamento de Saúde. IV. Título.

CDU: 614

ANNE CAROLINE COELHO LEAL ARIAS AMORIM

**PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM CENÁRIO DA BAHIA:
ACESSO, VÍNCULO E RESPONSABILIZAÇÃO?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Feira de Santana, 25 de outubro de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Marluce Maria Araújo Assis
Universidade Estadual de Feira de Santana

Prof^a Dr^a Maria Salete Bessa Jorge
Universidade Estadual do Ceará

Prof^a Dr^a Maria Lúcia Silva Servo
Universidade Estadual de Feira de Santana

FEIRA DE SANTANA - BA

2010

Dedico a

Minha mãe, Eva Amorim, esta dissertação! Principalmente por que sem sua insistência em tentar o concurso da UNIVASF, em 2004, eu não teria ingressado na vida acadêmica, uma vez que não imaginava que estava apta a pleitear tal cargo, devido minha pouca experiência na área de ensino. A ela, que me deu total condição de ter acesso à qualidade do ensino do maternal à fase adulta, em Petrolina ou Recife; por me apoiar nos meus projetos e me ajudar a crescer na vida e na profissão, sem imposição diante de minhas escolhas, mas envolvida em meu empenho de dar o retorno social que a população espera de um trabalhador de saúde ou de um educador da área de saúde. A você, “mainha” - grande educadora -, minha eterna gratidão, respeito e admiração.

AGRADECIMENTOS

Tantas são as pessoas que passam por nossas vidas acrescentando conhecimentos, sentimentos, desejos. Pessoas e coisas que nos revelam quem somos hoje e quem queremos ser amanhã. A cada um de vocês, que fez ou faz parte de minha vida, ainda que este 'espaço' seja pequeno para tantos agradecimentos que tenho o prazer de fazer, sintam-se afagados ao 'sabor' dos bons aprendizados que tivemos, pelas boas oportunidades que não perdemos, pelos sonhos que insistimos em perseguir.

Em princípio, estendo a dedicatória dessa dissertação à minha família como um todo e, em particular, a meus pais, meus padrinhos e à Maria Raimunda Coelho de Amorim (in memorian), minha tia-mãe, pela importância dada ao conhecimento e pelo apoio, essencial em minha formação superior. Como elas, eu busco dividir conhecimentos e paixões em minha área, Saúde Coletiva, área que me motiva a seguir em frente, lutando por um sistema de saúde melhor.

A Maria Raimunda Coelho de Amorim (in memorian) agradeço o bem querer, o apoio e a dedicação em edificar o meu futuro.

A Joselita Coelho de Amorim e João Bosco de Oliveira, meus padrinhos, sempre presentes em minha vida, muito obrigada, por sua dedicação e apoio incondicional.

Ao meu esposo, Sandro Arias Amorim, pelo companheirismo e amor em todos os momentos e à sua família - minha segunda família - que muito torce por nós, nos apoiando em nossos projetos.

A José Maia Filho, Fernando Bezerra Coelho e Cláudio Galindo, representantes do povo, em cidades onde trabalhei e a Raimundo Maia, Marcelo Cavalcanti, Patrício Valgueiro, Graça Carvalho e Efigênia Cardoso - gestores municipais e estaduais, representantes de pessoas que cuidei ou idealizei - junto com outras consultoras - propostas metodológicas de cuidado, pessoas que levaram consigo em suas gestões um pouco do carinho, do respeito e da dedicação

que tenho ao atuar como enfermeira e sanitaria, obrigada pelas oportunidades, pelas trocas de experiências, crescemos juntos ao buscarmos ter êxito em nossos propósitos de respeito à vida.

Aos meus colegas de jornada de Itainópolis, Petrolina, Afrânio, Cansanção, Candeal, Salvador, sejam do PACS, PSF, PITS, do Saúde Bahia, da UNIVASF, pelos belos propósitos de trabalho: compartilhar saúde e educação por meio de nossos honrados trabalhos.

Aos meus pacientes e alunos, meios através dos quais busco ser uma pessoa melhor e edificar um futuro mais justo, em que pleiteio a paz que dá sentido a tudo.

Aos meus colegas de trabalho do passado e do presente. Que o nosso esforço em educação recarregue-se de sentido e significado, principalmente para os que - como eu - abriram mão do ser 'trabalhador de saúde' para ser 'professor da saúde'. Apenas nós sabemos o quanto nos custa abrir mão do cuidado diretamente prestado.

Aos brilhantes professores que auxiliaram minha formação, especialmente à Paulino (in memoriam), pela sua maneira irreverente de ensinar a aprender. Obrigada a todos por me conduzirem a ser quem eu sou e me orgulhar da forma como me comprometo com o outro. Levo em mim um pouco de cada um de vocês.

Aos trabalhadores de saúde que se empenham em construir o SUS que idealizamos, que a renovação dessa esperança habite nossos atos a cada dia, onde quer que ensejamos nossas práticas.

Em particular, aos meus amigos(as) Welligton Silva Correia de Melo e Onídia Gonzalez, profissionais da área médica, com formação brasileira e cubana, meus mais sinceros agradecimentos e minha profunda admiração. Ao meu também ex-colega de equipe, Francisco Walber Lins Pinheiro, pessoa e odontólogo brilhante. A vocês, entre outros, agradeço por nos propormos a trabalhar, incontestavelmente, em equipe. A todos os Agentes Comunitários de Saúde, pela parceria, pela amizade

saudosa, como pelo respeito mútuo construído. Com vocês percebi que o cuidado inscreve-se no subjetivo, que passa não apenas pela formação, mas pelo desejo do que queremos ser. Portanto, independe do país e da formação ter-se dado no âmbito público ou privado, do nível da formação ser superior ou não, mas relaciona-se ao desejo e pauta-se na integralidade, quando assim se permite. Parabéns pela produção do cuidado que se permitem construir conjuntamente, sem hierarquias, disputas ou vaidades, valorando-se o que é certo, o bem comum e o respeito à vida.

A minha querida e competente orientadora, pela paciência e auxílio na produção desse trabalho. Obrigada pelo apoio nos momentos de angústia e de construção do conhecimento.

Aos meus irmãos, Evelyne, Patrícia e Leopoldo, pelo incansável apoio e admiração. Obrigada por serem tão gentilmente amigos, acima de tudo. Amo vocês!

As queridas amigas, minha cunhada Daniela e minha sogra, Rosário, como também à doce discente, Priscila, pelo ajuda nas digitações das entrevistas quando a LER/DORT insistiu em me 'assombrar'.

A querida amiga, Gildete, pelo constante apoio e carinho. Obrigado por sempre torcer por mim e me incentivar a seguir ensinando-aprendendo.

A Maria Ângela Nascimento, professora-amiga, sempre disponível e motivadora no crescimento discente-docente. Obrigado pelas sugestões em todo o processo.

A todos os pesquisadores e bolsistas do NUPISC pelos apoios e pelas saudosas discussões teóricas, coletas de dados e gostosa convivência.

Aos colegas do Mestrado, companheiros na construção do projeto e companheiros durante esse difícil, mas prazeroso caminho de manutenção e ampliação do saber, o 'Mestrado'. Companheiros(as) de resenhas, viagens, congressos, reuniões de lazer, caronas oportunas, sobretudo quando me encorajaram e confortaram em muitos momentos que precisei. Obrigada pela

convivência harmônica e pela troca de saberes e práticas que buscamos compartilhar.

Aos professores e funcionários do Mestrado, pelo compromisso e seriedade.

A Graça Simões e Rubiana Rocha Teles, pela disponibilidade e gentileza durante a correção das normas e a realização das traduções.

A Tati, minha secretária e amiga, que em minha ausência cuidava com muito carinho de minha casa e de meu maior tesouro, meu filho.

A Leonardo Boff, admirável escritor e professor, pela forma como bem define o cuidado e incita sua aplicabilidade no ato das discussões docentes e da escrita da presente pesquisa.

A todos os meus amigos, pelo afeto, companheirismo, respeito e crescente-mútua admiração que temos uns pelos outros, em especial, Fatinha, Marcus, Gizele, Welligton, Claudine e Françoase, pela amizade desprendida, mesmo na ausência geográfica. Saudades de vocês!

As admiráveis professoras Maria Salete Bessa Jorge e Maria Lúcia Silva Servo, por terem aceitado o convite para fazerem parte da banca de defesa, pelas sugestões e apoio quando oportuno na (re)elaboração desse trabalho e pelo emprego, em ato, das tecnologias leves nos contatos que estabelecemos.

A Adriano Maia, brilhante pesquisador, que muito me inspirou a desenhar minha pesquisa. Parabéns pela forma linda como escreve e por, gentilmente, aceitar mais uma vez a construir novas reflexões teóricas, necessárias ao nosso tempo.

Ao meu amado filho, Matheus, por iluminar a minha vida! Tudo que faço para mim, amor, é para ti, para assegurar o teu futuro. Perdoa-me tantas ausências, as impaciências de alguns momentos, os cansaços, que busquei driblar para não te magoar. Amo-te com todas as forças de meu ser. Obrigada pela sua presença, por seu carinho, por seu cuidado com a mamãe.

A Deus, meu companheiro incansável, meu Pai, meu criador. Obrigada por me levantar a cada manhã ou madrugada, me inspirando, inscrevendo em mim o cuidado que vem de ti e que transborda em mim em direção ao meu próximo, meu irmão.

Em cada 'queda' ou cansaço, Pai, que tenha valido apenas estar longe do meu filho e de minha família em muitos momentos, em incontáveis horas de leitura, estudo, viagens para dar aula. Obrigada por renovar a esperança nas pessoas e motivar a esforçar-se mais, por me fazer acreditar que vale apenas continuar insistindo, acreditando na mudança, no bem querer. Desejo que cada gesto meu, Pai, agrade a ti, mas coerentemente peço perdão por qualquer falha que tenha cometido. Somos 'barro teu', moldá-nos, senhor, conforme tua vontade!

O resultado da presente e despretensiosa pesquisa - fruto de entrevistas e observações da prática das equipes de saúde, a qual reflete as contradições da micropolítica do trabalho em saúde e nos impõe o desafio de buscar meios de superar as iniquidades que persistem é produto coletivo das trocas que fazemos em busca da edificação da ciência. A todos que direta ou indiretamente tenham auxiliado esta pesquisa a acontecer, obrigado. Obrigada aos meus colegas de universidade, pela ajuda e paciência, em especial a Margareth Olinda, Michelle Christini e Simone Seixas. Obrigado aos entrevistados, que declararam não apenas sua visão acerca do cuidado empreendido, mas, sobretudo, a esperança de um sistema de saúde melhor. Esse último propósito converge com meu interesse pela área de saúde e pela minha manutenção na UNIVASF após o ingresso, em 2004, por entender não apenas a responsabilidade, mas a oportunidade que tu nos conferiste, Senhor, a partir da formação discente e da atuação intersetorial que ela suscita institucionalmente, mola propulsora para a mudança da prática das futuras gerações.

Para ti, Pai, toda honra e toda glória!

Mãos que oferecem rosas

Fica sempre um pouco de perfume

nas mãos que oferecem rosas

nas mãos que sabem ser generosas

Dar um pouco que se tem ao quem tem menos ainda,

enriquece o doador, faz a alma ainda mais linda

Fica sempre um pouco de perfume nas mãos que oferecem rosas

nas mãos que sabem ser generosas

Dar ao próximo alegria, parece coisa tão singela,

aos olhos de Deus porém, é das artes a mais bela

Fica sempre um pouco de perfume nas mãos que oferecem rosas

nas mãos que sabem ser generosas

RESUMO

O estudo discute a prática da equipe de saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF), que ocorre por meio do acesso aos serviços, transversalizada pela possibilidade de desenvolvimento do vínculo-responsabilização em um cenário do recôncavo baiano, Brasil, em 2009. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, tendo como técnicas de coleta de dados: entrevista semi-estruturada e observação sistemática. O fluxograma analisador orientou a análise dos dados. Os sujeitos de estudo foram 29 pessoas: grupo I (trabalhadores de saúde-18): grupo II (usuários-9): grupo III (gestores – 2). Os resultados revelaram que o acesso ocorre, preferencialmente, por meio da ordem de chegada, do cadastramento familiar e de ações programáticas dirigidas a grupos específicos. O contato inicial no 'Saúde da Família' realiza-se na recepção, espaço privilegiado para utilização das tecnologias leves, sendo manifestado de forma tensa e conflitante, porém com potencialidade para construir novas formas de acolher o usuário. A prática procedimental centrada orienta a atenção na ESF, priorizando, ainda, o pronto-atendimento, retratado nas urgências/emergências. O processo terapêutico ocorre de distintas maneiras: consulta clínica, atendimento de urgência, retornos programados, educação em saúde, visitas domiciliares, reuniões de equipe e desta com a comunidade ou mediante encaminhamentos externos a outros serviços da rede. Contudo, as equipes de saúde imprimem diferentes formas de "atenção" na porta de entrada, ficando na dependência do comprometimento e subjetividade dos sujeitos que atuam na prática e do desenvolvimento ou não do vínculo-responsabilização na (co)produção do cuidado. A rede de relações estabelecida na prática das equipes de saúde manifesta-se a partir de diferentes atos cuidadores dos sujeitos imbricados na prática (gestores, trabalhadores e usuários), de acordo com o compromisso e singularidade de cada um que atua na estratégia, que a depender da intencionalidade, exprime diferentes graus de vínculo-responsabilização. Entretanto, algumas atividades realizadas pelo enfermeiro mostraram-se mais susceptíveis a novas posturas terapêuticas, manifestadas pela satisfação dos usuários. O estudo sinaliza para a necessidade de avançar na (re)significação das práticas para potencializar a melhoria do acesso na "porta de entrada" do sistema.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde. Programa Saúde da Família. Equipe. Prática de Saúde. Sistema Único de Saúde. Vínculo. Responsabilização.

PRODUCTION OF CARE IN FAMILY HEALTH STRATEGY IN A SCENE OF BAHIA: ACCESS, LINK AND RESPONSABILITY?

ABSTRACT

This paper discusses the practice of health staff at the Family Health Strategy (FHS), which occurs through access to services, transversalized by the possibility of development of the link-responsibility in Bahia, Brazil in 2009. This is a qualitative research, with the techniques of data collection: semi-structured interviews and systematic observation. The flowchart analyzer guided the data analysis. The study subjects were 29 people: group I (health workers-18): group II (users-9), group III (managers - 2). Results showed that access occurs preferentially through the arrival order, the family registration and programs aimed at specific groups. The initial contact in the "Family Health" is held at reception, a privileged space for the use of soft technology, being manifested in a tense and conflicting way, but with the potential to construct new ways to welcome the user. The practice procedure guides focused attention on the FHS, emphasizing also the emergency room, pictured in emergency/ urgency care. The therapeutic process varies: clinical appointment, emergency care, scheduled returns, health education, home visits, team meetings and with the community or by referral to other network services. However, the health teams perform various forms of "attention" at the entrance, being dependent on the commitment and subjectivity of that work in practice and the development or not of the link responsibility in the (co) production of care. The network of relations established in practice for health care manifests itself from different carer acts of subjects intertwined in practice (management, workers and users), according to the uniqueness and commitment of everyone who works in the strategy, which depending on the intent, express several degrees of link- responsibility. However, some activities performed by nurses were more susceptible to new therapeutic attitudes, expressed by the users' satisfaction. The study highlights the need to advance in the (re) signification of practices to enhance the improvement of access at "gateway" system.

Keywords: Access to Health Services; Family Health Program; Team. Health Practice; National Health System; Link-responsibility.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS - Atenção Básica de Saúde

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

BA - Bahia

CD - Cirurgião-dentista

CEO - Centros de Especialidades Odontológicas

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

DATASUS - Empresa de Processamento de Dados do Sistema Único de Saúde

DIRES - Diretoria Regional de Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MDV - Modelo em Defesa da Vida

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio ao Saúde da Família

NUPISC - Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva

OMS - Organização Mundial de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

PROESF - Programa de Expansão do Saúde da Família

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RSB - Reforma Sanitária Brasileira

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgências

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SB - Saúde Bucal

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UEFS - Universidade Estadual de Feira de Santana

USF - Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

CAPÍTULO I

1.1 -	CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS.....	021
1.1.1 -	CONSTRUÇÃO DO OBJETO E BASE TEÓRICA DO ESTUDO	021
1.1.1.1 -	Aproximação e envolvimento com o objeto de estudo	021
1.1.1.2 -	Construção do objeto de estudo	024
1.2 -	BASE TEÓRICA.....	034
1.2.1 -	PRÁTICAS DE SAÚDE: POTENCIALIZADORA DE ATOS CUIDADORES?	034

CAPÍTULO II

2.1 -	METODOLOGIA.....	047
2. 1. 1 -	Natureza do estudo	047
2. 1. 2 -	Cenário da pesquisa	048
2.1.3 -	Participantes do estudo.....	049
2.1.4 -	Técnicas de coleta de dados.....	050
2.1.5 -	Processo de análise do material empírico.....	051
2.1.6 -	Aspectos éticos da pesquisa.....	054

CAPÍTULO III

3.1 -	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	057
3.1.1 -	PRÁTICAS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ORIENTADORAS DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE?	057
3.1.2 -	VÍNCULO E RESPONSABILIZAÇÃO COMO DISPOSITIVOS PARA PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	074

CAPÍTULO IV

4.1 -	QUAL A PRÁTICA QUE QUEREMOS?	091
-------	------------------------------------	-----

REFERÊNCIAS.....	094
ANEXOS	102
ANEXO A	103
ANEXO B	105
ANEXO C	107
ANEXO D	109
APÊNDICES.....	111
APÊNDICE A.....	112

CAPÍTULO I

CONSIDERAÇÕES

TEÓRICO-METODOLÓGICAS

O queres e o estares sempre a fim
Do que em ti é em mim tão desigual
Faz-me quere-te bem, querer-te mal
Bem a ti, mal ao queres assim
Infinitivamente pessoal
E eu querendo querer-te sem ter fim
E querendo-te, aprender o total
Do querer que há, e do que não há
em mim

Ah! Bruta flor do querer
Ah! Bruta flor, bruta flor

(Caetano Veloso)

1.1 - CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

1.1.1 - CONSTRUÇÃO DO OBJETO E BASE TEÓRICA DO ESTUDO

1.1.1.1 - Aproximação e envolvimento com o objeto de estudo

O interesse pela área de Saúde Coletiva foi disparado durante discussões em torno da preparação de um Seminário no último semestre de 1996 sobre Políticas de Saúde e perspectivas do Sistema Único de Saúde (SUS) na nossa Graduação, em Recife-PE. Neste, nos debruçávamos sobre a municipalização da saúde e percebíamos na sua preparação a importância do tema para os determinantes históricos das Políticas de Saúde, concernente a questões como a organização dos serviços, processos de trabalho e gestão do SUS. Empolgadas com as perspectivas de transformação das práticas de saúde nos interessávamos por fazer parte dessa construção social.

O conhecimento construído a partir de trabalhos na área de Saúde Coletiva vem sendo uma constante na nossa vivência profissional, onde no interior do Piauí, no município de Itainópolis, iniciamos nossa prática como enfermeira inserida no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em janeiro de 1997. Em busca de experiência e movida pelo interesse de contribuir para melhoria dos indicadores sociais e de saúde municipais permanecemos por cerca de um ano e meio no referido município.

Nesse momento ricas oportunidades se conformaram. Atuamos como membro de alguns Conselhos (Conselho Municipal de Saúde, Conselho Tutelar, Conselho Municipal de Assistência Social) e do Diretório Municipal ligado à Companhia Nacional de Abastecimento (Conab), além da oportunidade de atuarmos conjuntamente em dado momento com a equipe da Universidade Solidária, onde aprendemos o valor e o prazer de trabalhar em equipe. Participamos da realização da I Conferência Municipal de Saúde nesse período, com expressiva participação popular.

Em 1998, retornamos a região do Vale do São Francisco, onde nascemos, contratadas pela Secretaria de Saúde do Município de Afrânio, para atuarmos no

PACS. No referido município, nos deparamos com uma Gestão participativa e dinâmica, discutimos a necessidade de implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), que posteriormente coordenamos, com intuito de mudança do modelo assistencial local. Atuamos no Conselho Municipal de Saúde e participamos da realização da I Conferência Municipal de Saúde no período, com participação significativa da população.

Em janeiro de 2003 de volta a Petrolina-PE, tivemos a oportunidade de trabalhar no PSF com uma família de cubanos (três médicos e uma enfermeira) onde, além da valiosa contribuição em torno de discussões sobre processo de trabalho, descobrimos a partir de suas propostas divergentes, a preocupação em inverter a lógica do atendimento centrado na queixa-conduta e em atividades quase exclusivamente realizadas na Unidade Básica de Saúde (UBS), por múltiplas ações estratégicas como (re)mapeamento e (re)cadastro com toda a equipe em campo; reorganização do atendimento com orientação à comunidade sobre conceitos como adscrição de clientela e área de abrangência; educação continuada para os trabalhadores de nível médio; reuniões freqüentes e planejamento da equipe com a comunidade e coordenação; visitaçã domiciliária não apenas para busca ativa e acompanhamento de doentes, mas centrado, principalmente, no estreitamento do vínculo com a comunidade e diagnóstico de problemas desta, ora com enfoque nas famílias, ora individualmente, de forma que grande parte dessas atividades eram realizadas extra-muro.

Estas oportunidades de reorganização do processo de trabalho ocasionaram maior vinculação entre trabalhadores e famílias e possibilitaram o desenvolvimento de variadas atividades de promoção à saúde, centradas na noção de integralidade. Compreendemos que a ida ao domicílio nos permitiu reconhecer alguns dos determinantes e condicionantes da saúde, fato este não tão evidente dentro da UBS. Daí a importância da visitaçã domiciliária contínua não apenas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), mas pela equipe de saúde.

Em junho do mesmo ano ingressamos no Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), no qual permanecemos por quatro anos. A proposta governamental do PITS era implantar a Estratégia Saúde da Família (ESF), nos mais diversos municípios brasileiros com algum grau de dificuldade de implantação de programas com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS), e, portanto, com graves problemas de Saúde Pública, com poucas perspectivas de redução de danos à

saúde. Trabalhamos em dois municípios baianos (Cansanção e Candeal) em diferentes momentos. Em Cansanção, na zona rural e em Candeal, na zona urbana. Diferentes contextos, inúmeros problemas semelhantes. O PITS garantia o ingresso em curso de Especialização em Saúde da Família através do convênio do Ministério da Saúde (MS) com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), onde realizamos pesquisa com abordagem qualitativa com o seguinte título: “Análise do Programa de Planejamento Familiar de Alto Lindo”, estudo este, realizado no município de Cansanção. Durante a permanência no PITS os trabalhadores da equipe, em especial o profissional médico, convergiam na busca de resoluções dos problemas da comunidade com ênfase no desenvolvimento de ações de saúde pautadas na noção que tínhamos de integralidade do cuidado em saúde. Digno de recordação nosso processo de trabalho!

Em 2004, ingressamos na Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB) para realizar consultoria no Projeto Saúde Bahia. Embora tenhamos permanecido por pouco tempo, as discussões e realizações possíveis foram de grande relevância para o amadurecimento profissional na área. Discutíamos com várias instituições estaduais o fazer cotidiano das equipes e as novas perspectivas, agora propostas para o Estado, a partir da integralidade da atenção à saúde. Na certificação das equipes de PSF conhecemos diferentes realidades no mesmo Estado e experiências exitosas de várias equipes baianas. Apresentamos trabalho sobre integralidade a partir da concepção da equipe sobre o tema dentro do referido projeto, no IV Seminário do Projeto, Saberes e Práticas nas Instituições de Saúde, do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS), cujo texto apresentava o seguinte título “os caminhos de construção da integralidade: a apropriação da concepção de acolhimento no Projeto Saúde Bahia”.

Em outubro de 2004, com a aprovação no concurso da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) para atuarmos como professora na área de Estudos de Saúde solicitamos afastamento do Projeto Saúde Bahia. Na prática como docente, temas como integralidade são constantemente discutidos em sala, nas atividades de monitorias e projetos afins, como na comunidade, por acreditarmos ser a ESF capaz de reorientar o modelo assistencial¹ pautada nesse princípio, além de entendermos que ela deve agregar-se a construção da identidade

¹ Neste trabalho utilizar-se-á com mesmo sentido os termos: modelos de atenção e modelos assistenciais ou tecno-assistenciais.

dos trabalhadores, como valioso recurso ordenador das futuras práticas que poderão desenvolver no PSF.

Em iniciativa realizada na cidade de Petrolina-PE, por um grupo de pesquisadores da UNIVASF, através do projeto de extensão universitária Assessoria Técnica em Gestão de Saúde: capacitação de atores sociais – instrumento de fortalecimento da cidadania, os professores promoveram um processo de trabalho que causava o desenvolvimento de trabalho em equipe, bem como, a cultura de estabelecer as rodas de discussão, construção do ideário sanitário co-responsável, participativo e dinâmico entre professores, discentes e comunidades assistidas. Atitudes estas bem vindas e necessárias às UBS e USF visualizando envolver, vincular e co-responsabilizar gestores, trabalhadores e comunidades.

O ingresso no Mestrado em Saúde Coletiva no ano de 2008 na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) aprofundou o envolvimento teórico com o objeto de estudo, uma vez que as inúmeras discussões de disciplinas como: Políticas de Saúde, Epidemiologia Social, Planejamento e Gestão em Sistemas de Saúde geravam reflexões que reafirmava a relevância do tema e sua relação com a Integralidade.

Salientamos a participação simultânea no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) da UEFS desde o ingresso no mestrado, através do qual nossa produção será integrada e onde acontecem discussões e reflexões sobre a organização dos sistemas e serviços de saúde.

1.1.1.2 - Construção do objeto de estudo

As práticas em saúde podem ser entendidas como o “fazer em saúde” dos diversos trabalhadores que compõem as equipes de saúde e que durante o seu desenvolvimento devem ser permanentemente revistas, analisando-se os elementos que podem ou não colaborar com a mudança de modelo tecno-assistencial². Para isso, o trabalho em saúde, ainda que, com certa autonomia técnica, precisa

² Combinações técnicas e tecnológicas direcionadas pelos gestores e produtores do cuidado em saúde a fim de intervir - mediante uso de saberes e instrumentos de trabalho - sobre necessidades individuais e coletivas, sejam elas problemas de saúde ou do trabalho e meio ambiente.

desencadear processos de trabalho cooperativos e complementares, em busca de benéficas transformações da realidade, seja nas instituições de saúde ou em toda a sociedade.

Baseados em Peduzzi (2001) compreende-se por equipe duas modalidades: “equipe agrupamento”, aquela que pauta seu trabalho na justaposição de ações e agrupamento de sujeitos-trabalhadores, os quais desenvolvem ações de forma fragmentada e desarticulada, e, “equipe integração”, a que desencadeia propostas de trabalho orientadas pela integralidade das ações, de forma a permitir a interação e articulação entre os trabalhadores da saúde.

A presente pesquisa tem como objeto de estudo a análise da prática de saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF)³ de Feira de Santana – BA, no ano de 2009. Nesta direção, procura-se compreender como se constituem as relações através das dimensões de análise orientadoras da produção do cuidado como: acesso, vínculo e responsabilização (ASSIS et al, 2010). Estas dimensões são capazes de analisar os processos de trabalho, uma vez que estão comprometidas através da “abertura de linhas de fuga em processos instituídos e reveladores dos interesses em disputa, mas do que com a produção de receitas sobre como construir o trabalho em saúde, correto e certo”, entre os diversos sujeitos sociais, direta ou indiretamente, nesse contexto do cuidado em saúde (MERHY et al, 2006, p. 129).

As definições de instituinte e instituído são necessários à luz da construção deste trabalho, pois o instituinte emerge sempre que ocorrem importantes mudanças institucionais ou comportamentais. É, portanto, dinâmica, processual e advém de atividades criativas e revolucionárias. O instituído se conforma em produtos e resultados advindos dessas modificações ou transformações instituintes, sendo então, estáticas, conservadoras e reguladoras das atividades sociais, necessárias e funcionais, conseqüentemente, para o convívio em sociedade (BAREMBLIT, 1996).

Por esse motivo a ESF pode apenas realizar ações instituídas quanto redimensioná-las ao (re)pensar e (re)fazer sua prática diária, aproximando-se do conceito de instituinte. Nesse contexto, esta prática vem se conformando como relevante por meio de atividades desenvolvidas no primeiro nível de atenção à saúde e parece haver convergência entre os pesquisadores da área de Saúde

³ Embora entendamos que a Estratégia Saúde da Família (ESF) configura-se como política (re)definidora do modelo tecno-assistencial, utilizaremos para fim deste trabalho, ESF e Programa Saúde da Família (PSF) com o mesmo sentido

Coletiva no que se refere à Atenção Primária à Saúde (APS)⁴ como um componente essencial para um bom desempenho dos sistemas de saúde, conforme análise a seguir.

De acordo com Andrade, Barreto e Bezerra (2006) a APS é o nível do sistema de saúde considerado a “porta de entrada” e onde se organiza e racionaliza o uso dos recursos em geral, dos mais simples aos mais complexos, para a promoção, manutenção e melhoria da saúde. No entanto, na prática brasileira e principalmente no Nordeste a qualidade desse avanço entrelaça-se à participação popular para o efetivo controle social do SUS. No entanto, esta participação ainda é incipiente, distante da consciência cidadã, enquanto prática social.

No primeiro nível de assistência à saúde devem ser considerados aspectos biopsicossociais e ambientais, não só para a manutenção da saúde, mas também para promover, proteger, restabelecer e reabilitar a saúde de indivíduos, famílias e comunidades, o que demanda por atuação comunitária e por organização hierárquica dos três níveis de assistência (primário, secundário e terciário) estabelecidos. Nesse contexto apontamos como necessidade a incorporação do planejamento estratégico e da gestão participativa sob forma de tecnologias leves na prática da estratégia.

Desde a sua criação, o PSF, foi construído para ser constituído por uma equipe, composto minimamente por: um médico (que poderá ser generalista ou de família), um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, e um número de agentes comunitários de saúde (ACS) que varia de quatro a seis (AQUINO et al., 2003; SILVA, 2004; ANDRADE; BARRETO; BEZERRA 2006). Na nova lógica proposta, as USF devem trabalhar com maior capacidade de resposta às necessidades básicas de saúde da população, com uma “população adscrita” para cada equipe, sendo recomendado cerca de 3000 habitantes. Mas na prática, é o que acontece? A garantia ou não dessa “condição” provavelmente deverá interferir no alcance maior (mais resolutivo e integral) ou menor (mais ineficaz e fragmentado) dessas práticas.

Algumas circunstâncias, em especial no PSF, são merecedoras de destaque: a territorialização com adscrição da clientela, aspecto que não sobrepõe o direito universal à saúde; a proposta de trabalho em equipe e cumprimento de carga horária de trabalho, grandes desafios da prática coletiva; a figura do ACS, agente–

⁴ Para este trabalho utilizar-se-á das terminologias APS e ABS com o mesmo sentido.

meio do 'salto' dado no Brasil no âmbito primário de atenção e a presença da UBS com trabalhadores vinculados ao Estado, que requer novos arranjos organizacionais.

No entanto, embora o PSF venha a ser considerado uma iniciativa de mudança da saúde, autores como Barbosa e Fracoli (2005) contestam sua real capacidade de fornecer atenção integral, oportuna, contínua, de qualidade e com humanização do atendimento, frente às dificuldades que emergem ao longo da assistência.

Em virtude do impasse relacionado à garantia de acesso universal e equitativo aos serviços de saúde e, por entender, que o conceito de saúde está intrinsecamente ligado à promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e agravos, o que também implica na necessidade de assistência integral à saúde é que Assis, Villa e Nascimento (2003) analisam a necessidade de lutarmos pelo estabelecimento da saúde como um bem público e que requer a formulação de atitudes e práticas cotidianas com apoio e participação efetiva da sociedade na gestão dos serviços de saúde.

As autoras conceituam acesso, baseadas em Campos (1991, 1992), Giovanella e Fleury (1995), Barros (1996) e Assis (1998), em: "seletivo", relativo ao acesso e distribuição de benefícios de forma desigual em decorrência das possibilidades de compra do usuário, seja pelo desembolso direto ou por contrato efetivado frente à medicina suplementar; "excludente", pois embora sua assistência seja universal, está relacionada a uma assistência de qualidade questionável, e, "focalizado", visto que está restrito a programas e serviços de caráter público, por tratar-se de um sistema público segmentado e desarticulado, tanto internamente quanto na organização geral do sistema.

O acesso aos serviços de saúde pode ser avaliado em termos de distância, custos e de fatores sócio-culturais, já a cobertura se expressa em termos percentuais (VAUGHAN; MORROW, 2002) e o acesso da população à USF deve ser analisado para a definição da área de abrangência da unidade, que somado ao cadastramento das famílias define a clientela adscrita da unidade (AQUINO, 2003).

O acesso a programas e serviços de saúde, em especial ao Programa de Saúde da Família (PACS), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e hospitais de primeiro nível de assistência à saúde, somados ao nível de cobertura pelos oito elementos fundamentais da APS, a saber: educação permanente em saúde;

programas de imunização; acessibilidade a “alimentos e nutrição adequada; água potável e saneamento; saúde materno-infantil; (...); prevenção e controle de doenças endêmicas; acesso a tratamento apropriado; e disponibilidade de medicamentos e equipamentos essenciais”, adiciona-se recursos físicos, humanos e financeiros, sendo considerados como alguns dos principais indicadores de oferta de serviços de saúde, segundo Vaughan e Morrow (2002, p. 18).

Consiste num desafio desenvolver ações que promovam melhoria na qualidade de vida da população, para isso o acesso aos serviços e programas de saúde é importante, além de uma abordagem por parte dos trabalhadores que nele atuam com ações integrais de prevenção, promoção, atenção e reabilitação. Portanto, o PSF pode vir a ser uma estratégia governamental com possibilidade de melhoria de vários indicadores de saúde, mas para isso necessita da segurança de vários instrumentos e condições de trabalho, nem sempre avaliados de forma plena. Para tanto, a análise das práticas de saúde da equipe são inquestionáveis para a garantia de um cuidado, pautado em responsabilização e integralidade.

Vaughan e Morrow (2002) ressaltam a importância da garantia do acesso como prioridade no âmbito da APS, no entanto, os estudos de Assis, Villa e Nascimento (2003) e Santos e Assis (2006) revelam o caráter excludente do acesso às ações, serviços e programas de saúde, evidenciando fragilidades no modelo de gestão implantado, bem como impacto não significativo sobre as condições de saúde e apenas sobre alguns indicadores, tal como distinguem Teixeira e Solla (2006). Portanto, acreditamos que, sem o acesso aos serviços de saúde não poderá se desenvolver o acolhimento, vínculo e responsabilização e, conseqüentemente, a integralidade da atenção.

Durante nossa prática profissional, como no desenvolvimento deste estudo temos (re)afirmado, através de pesquisas desenvolvidas no Nordeste (ainda que com recortes em temáticas específicas no campo micropolítico), que as formas de acesso ao serviço e a organização dessas práticas podem ser peculiares em cada equipe e podem estar associadas à: formação do trabalhador de saúde, tempo de formação, instituição formadora (pública ou privada), programa de atuação, concepções pessoais sobre o cuidar e seu papel e significância dentro da equipe (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003; RODRIGUES, 2005; SANTOS; ASSIS, 2006; LEAL, 2008a; LEAL, 2008b) reafirmando as concepções de autores como Aquino et al. (2003); Andrade, Barreto e Bezerra (2006). Estas pesquisas situam na Bahia o

contexto de um município do recôncavo, seus limites, avanços e perspectivas relativas ao acesso aos serviços de saúde como possibilidade a ser construída na prática (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003); à prática da enfermeira no PSF em um município da região sudoeste (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005); a construção da integralidade da saúde bucal no PSF em outro município da região nordeste (SANTOS; ASSIS, 2006) e possibilitam reflexões acerca do que é proposto para a comunidade no estado, pois em muitas unidades, não se consegue atuar de maneira resolutiva, frente à série de problemas enfrentados diariamente. Algumas destas dificuldades persistem mesmo com a implantação do PSF, levando este a não constituir uma real estratégia de mudança do “modelo assistencial”, considerando: a inacessibilidade; formação da equipe por critérios “clientelistas”; inadequação ou ausência de recursos humanos, físicos, financeiros, materiais, de capacitação e vinculação para garantir a qualidade dos serviços oferecidos; conhecimento parcial do contexto familiar; visão reducionista das demandas de saúde; atuação inadequada da coordenação municipal; insatisfação do trabalhador frente a sua remuneração; ausência ou insuficiência de vinculação entre comunidade e unidade; pouca participação popular no planejamento desta, como falta de planejamento intra-equipe; ausência de orientação da comunidade com relação aos seus direitos, mas principalmente a real capacidade de fornecer atenção integral, visto que essa “condição” está intrinsecamente ligada à estrutura de trabalho, organização das práticas por parte da equipe e da mudança adequadamente positiva dos indicadores de saúde, de oferta de serviços de saúde e do modelo assistencial (RODRIGUES, 2005; SANTOS; ASSIS, 2006; SOLLA; TEIXEIRA, 2006).

Estas questões, quando concebidas de diferentes maneiras pelos trabalhadores do PSF, poderiam acarretar formas, também diferentes, de percepção do cuidado e, portanto, do planejamento deste pela referida equipe.

Pinheiro e Escosteguy (2004) referem que a demanda é caracterizada quando a necessidade de saúde é transformada em ação. Entretanto, nem mesmo o acesso pode garantir o uso dos serviços de saúde, pois aspectos culturais, econômicos, geográficos e funcionais podem interferir no real proveito que a população pode fazer dos mesmos. Quando a demanda não chega a configurar a procura por serviços ou seu efetivo uso, ela é entendida como demanda reprimida. De forma oposta, se é conformada pelo uso denomina-se atendida.

Aferir e comparar oferta de serviços de saúde normalmente não se faz sob padronização. Contudo, é importante entender que o acesso pode ser observado em termos de distância, custos e fatores sócio-culturais (PINHEIRO; ESCOSTEGUY, 2004) e a cobertura pode ser caracterizada pelo percentual de pessoas ou domicílios que ao necessitar de assistência à saúde efetivamente as recebem (VAUGHAN; MORROW, 2002). Tratando-se do conceito de saúde, Brasil (1999) em consonância com Aquino (2003) aponta que este se condiciona ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva.

O planejamento orientado pelos critérios epidemiológicos e sociais deve ser a base para a adoção de ações no Saúde da Família, onde o principal desafio é concretizar a estratégia como a “porta de entrada” prioritária do SUS, mediante a conversão da rede básica que deverá estabelecer todo o sistema a partir de seus serviços, com intuito de resolver, ainda na atenção básica, cerca de 80% dos problemas de saúde mais prevalentes na população (CAMPOS, 2003a).

Partindo desse pressuposto, cabe aos gestores, entre outras questões, garantir condições de alta resolubilidade e boa qualidade e, para tanto, estes sujeitos são relevantes para o nosso estudo. De modo semelhante, os trabalhadores executores do cuidado têm importante contribuição a dar, já que são os prestadores diretos das ações oferecidas pelo sistema. Dos usuários, por sua vez, espera-se que sejam os beneficiários das ações de saúde. Essas questões envolvem no seu desenrolar a observação das práticas de gestores e trabalhadores de saúde e da interação destas com os usuários e suas representações sociais, considerando prováveis conflitos de ordem ética, técnica e política na geração da oferta e demanda por ações e serviços de saúde.

Diante do exposto, emergem várias reflexões sobre a prática da equipe no PSF. O programa vem desenvolvendo mecanismos de intervenção que substituem as práticas convencionais de assistência por um cuidar mais resolutivo e responsável? Essa inovação da prática está centrada na integralidade e hierarquização das ações e tem sido implementada com base na territorialização, adscrição da clientela e na adoção do trabalho em equipe multiprofissional? Esta vem imprimindo uma nova dinâmica de serviço, com relação de vínculo com a comunidade e acolhimento às diversas necessidades dos sujeitos sob o cuidado da equipe?

Possivelmente as práticas dos trabalhadores de saúde exercem e sofrem influência desses aspectos. Considerando isto, a análise individual e coletiva das práticas de saúde da equipe deve ser uma estratégia a ser discutida pela coordenação do programa no município, como também uma tática a ser repensada pelos trabalhadores, uma vez que pode interferir na construção de práticas integrais de saúde. Segundo as concepções de Bourdieu (2006), só há debate socialmente conhecido e reconhecido para indivíduos capazes não só de perceber as diferenças, mas também de reconhecê-las como significantes, interessantes, o que só deve acontecer com pessoas aptas e inclinadas para fazer as contestações que são tidas por significativas no espaço social sob análise.

A partir destas implicações, Merhy (2006) discute as ferramentas tecnológicas do trabalho em saúde. O autor aposta nas tecnologias leves ou relacionais para ampliação das possibilidades terapêuticas e redirecionamento do modelo de saúde através do estabelecimento de novas relações de cuidado, onde pode incorporar as dimensões de análise: acesso, vínculo, responsabilização e tantas outras capazes de centrar a clínica na autonomia do usuário e em um novo método de fazer saúde.

O autor ainda estabelece as dimensões tecnológicas do trabalho a partir do desenvolvimento de tecnologias relacionais ou leves como a produção de vínculo, acolhimento, planejamento e gestão, enquanto categorias ou ferramentas de governo que incidem sobre os processos de trabalho e que se relacionam a um certo “saber fazer”; tecnologias leve duras, empreendidas a partir de conhecimentos bem estruturados, tais como a Epidemiologia e as Políticas Sociais e as tecnologias duras materializadas em produtos como equipamentos, normas, fluxogramas, os quais são criados e orientados por esse “saber fazer”.

Inspirado em Marx, Merhy (2006) compreende o trabalho para além de sua dimensão operativa, como defendido por Nemes (2000), e, sim como uma práxis capaz de produzir mutuamente o homem e o mundo a sua volta e, portanto, também o seu trabalho. Nesse sentido, o trabalho advém de uma construção mental anterior, conectada “a partir de um ‘recorte interessado’ do mundo” e como medida (re)dimensionadora dos produtos de trabalho posteriores e suas simbologias e significados.

Os trabalhos geram produtos, todavia, para essa produção se conformar deve articular, ordenadamente componentes do processo de trabalho, além do

“saber tecnológico”, enquanto qualificação profissional e que orienta um certo saber fazer, de forma a constituir um certo projeto ou chegar a um resultado específico, necessário, desejado. O homem se produz em função das expectativas e interesses ou da satisfação das necessidades, fato este histórico, social, potencialmente e parcialmente intencional, visto que ele se constrói/desconstrói o tempo todo em função dos resultados alcançados e de suas conseqüências para o seu trabalho, sua vida.

O “trabalho morto”, na perspectiva da produção teórica de Merhy (2006) é concebido como “cristalização” do “trabalho vivo”, ou seja, seria tudo aquilo que já está instituído e que foi ou é matéria-prima ou produto desta, advindos de trabalho humano, enquanto processo de trabalho, anteriormente realizado. Por trabalho vivo compreende-se como o desenvolvimento do processo de trabalho durante o seu curso, de forma relativamente “autônoma” e que pode ser influenciada pelo que já está dado, mais ainda assim, é potencialmente livre para (re)inventar-se, (re)descobrir-se, (re)dimensionar-se.

Nessa perspectiva, Santos e Assis (2006) concebem que os trabalhadores ao incorporarem a integralidade às práticas diárias podem ser capazes de avançar em direção a agir em saúde mais comprometidos, sensíveis e co-responsáveis com as demandas sociais e que se permitam repensar a prática cotidiana, ininterruptamente.

O debate acerca da Integralidade, concebido a partir das discussões teóricas de Merhy e Franco (2003), e rediscutido por Santos e Assis (2006) concentra-se em um modelo de saúde idealizado com base em tecnologias relacionais ou leves.

Nesse sentido, o vínculo desenvolve-se com o acolhimento por estender as relações, por potencializar afetos e assim o processo terapêutico. “Nessa direção, o coeficiente de autonomia deflagra a co-responsabilização, a capacidade de perceber as singularidades e de investir na capacidade individual e coletiva de fazer escolhas” (SANTOS, 2005, p. 54). A responsabilização emerge enquanto soma das demais dimensões de análise e em forma de busca por uma constante apreensão e responsabilidade no cuidado do outro, percebendo aspectos particulares e enfrentando com cumplicidade o ato terapêutico.

Todas essas dimensões de análise possibilitam uma melhor resposta ao longo da busca pela saúde, em direção a um dispositivo maior, segundo as concepções de Santos e Assis (2006), a Integralidade. A resolubilidade envolve

questões ligadas ao fazer/agir dos trabalhadores e a relação entre gestores, equipe de saúde e usuários, de forma que a ESF deve estar inserida num sistema de saúde organizado de maneira hierárquica e resolutiva, onde haja um adequado sistema de referência e contra-referência, constituindo o PSF como “porta de entrada” deste.

Frente às constantes críticas direcionadas aos serviços e programas de ABS e particularmente ao PSF, e, acreditando haver experiências positivas em todo o país, daí o interesse em analisar as práticas no PSF a partir do seu cotidiano, de forma a compreendê-las e estabelecer relações entre estas e o acesso, vínculo e responsabilização. Reconhecendo essa dinâmica, o presente estudo poderá apontar alguns motivos pelos quais estas práticas são tão multiformes, como também estratégias para as transformações necessárias no cotidiano das equipes, de forma a viabilizar que o programa alcance suas diretrizes, podendo promover uma atuação mais humanizada e eficiente.

A presente pesquisa também pretende trazer subsídios para a discussão entre coordenação e trabalhadores de saúde sobre o acesso aos serviços de saúde como dimensão que define e orienta as práticas de saúde e, o vínculo e responsabilização entre equipe e comunidade, como forma de ambos construírem um projeto de cuidado mais resolutivo e integrado, oportunizando caminhos para a revisão da prática conjunta, para um fim comum, a saúde da população.

É oportuno destacar também a sua relevância, uma vez que visa uma reflexão local, talvez capaz de futuramente produzir saúde com um maior impacto a nível municipal, procurando situar à problemática de uma realidade específica, Feira de Santana – BA, com perspectivas de conexões com outras realidades.

Para aclarar as reflexões que temos feito a nível local, este trabalho pretende responder aos seguintes questionamentos:

1 Como as práticas da equipe na Estratégia Saúde da Família orientam o acesso aos serviços de saúde em um cenário do Recôncavo baiano?

2 De que forma o vínculo e a responsabilização têm sido produzidos como dispositivos para a produção do cuidado na Estratégia Saúde Família?

Diante dos questionamentos apresentados, delineiam-se os seguintes objetivos:

1 Analisar a dinâmica das práticas da equipe na ESF e como estas orientam o acesso ao programa em um cenário do Recôncavo baiano.

2 Analisar o vínculo e a responsabilização, enquanto dispositivos para produção do cuidado em saúde, presentes nas práticas dos trabalhadores de saúde no contexto das equipes de Saúde da Família.

Para orientar as discussões e operacionalizar este estudo, estabelecemos o seguinte pressuposto teórico:

O Programa Saúde da Família desenvolve práticas de saúde em territórios sociais delimitados, organizados e definidos pelo acesso aos serviços de saúde retratados na oferta x demanda das unidades de saúde. No entanto, operam também ações instituintes e singulares, com potencial para a construção de práticas integrais, que tomam como dimensões de análise: acesso, vínculo e responsabilização, na produção do cuidado em saúde.

1.2 - BASE TEÓRICA

1.2.1 - PRÁTICAS DE SAÚDE: POTENCIALIZADORA DE ATOS CUIDADORES?

No Brasil muitas discussões ocorrem acerca do setor saúde visando maior cobertura e efetividade das ações propostas para a rede de assistência à saúde, com ênfase na APS. A prestação de serviço é operada de maneira hierarquizada, por nível de complexidade tecnológica crescente no processo de produção das práticas de saúde. Desta forma, com a tecnologia adequada em cada nível, o sistema teria que funcionar baseado na referência e contra referência visando o atendimento integral da população (ASSIS et al, 2007).

Para Campos e Campos (2006, p. 678) há três tipos de práticas de saúde: a prática clínica, a prática em Saúde Coletiva e a prática de gestão. Os autores apontam para a necessidade de repensar acerca das práticas de saúde e sua relação com a autonomia na constituição dos sujeitos, da política e do social.

Para Foucault, no século XIX, o olhar era centrado na anatomia patológica, na observação direta do corpo e para Freud, no século XX, o olhar era centrado na escuta e na fala do usuário. A partir dessas concepções e observando a problemática do SUS aponta-se à necessidade de uma visão integral de atenção à saúde e para isso “a ampliação da clínica (CAMPOS, 2003) depende de colocarmos essas duas em contato”, entre outras necessidades (CAMPOS; CAMPOS, 2006, p. 678).

Essas discussões corroboram com a concepção de Matus (1987) sobre construção social, a qual empreende tal produção composta por dimensões econômico-social, ideológico-cultural, cognitiva-jurídica, entre outras. Também nessa direção Mattos (2001) contribui com o pensamento sobre resignificação das práticas, de forma que a organização destas deve advir de forma horizontalizada, em busca de ações de saúde mais eficazes e direcionadas a todos os indivíduos, em todos os espaços de organização social e não apenas através de mudanças nos serviços de saúde.

No entanto, segundo Barembilit (1996), a produção do conhecimento sobre a organização social nunca foi tão intensa quanto em nosso século. Isso tem ocorrido devido aos processos de interação humana estar sendo mais complexos na contemporaneidade que em outros momentos da história, sobretudo pela incorporação tecnológica acelerada, própria do nosso tempo. Nesse sentido, procurando responder as perspectivas da atualidade, os processos de auto-análise e auto-gestão, propósitos do movimento institucionalista, devem ser revistos e resignificados.

A auto-análise implica na produção de uma consciência crítica da coletividade, que pode e deve organizar-se para buscar autonomia de pensamentos e decisões, de formas de agir próprias, livres de alienações e distorções, mas pautadas na clareza de suas condições, recursos, necessidades e demandas. Como a auto-análise, a auto-gestão emerge enquanto produto da organização desses coletivos, que passam a distribuir, igualmente, o poder nas instituições e serviços de saúde.

Os fundamentos que norteiam as transformações na organização dos serviços e práticas remontam ao movimento da Medicina Familiar nos Estados Unidos da América (EUA) e tem se dado historicamente no Brasil desde a década de 1970, através de um movimento popular conformado em meados de 1978,

denominado Reforma Sanitária Brasileira (RSB). A RSB foi decisiva para a constituição do SUS e graças à descentralização deste, desenvolveram-se múltiplas experiências que culminaram na criação do PACS e, posteriormente, do PSF, programas implantados no âmbito da APS e que com o seu êxito progressivo resultaram na adoção do PSF como estratégia de mudança do modelo tecno-assistencial do SUS (SOUZA, 2001; BRASIL, 2001; TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

As práticas em saúde na atualidade abrangem uma variedade de recortes da realidade social como doenças, agravos, condições e necessidade de saúde, determinam sujeitos-trabalhadores de saúde imersos na “reprodução social dessas práticas” (TEIXEIRA, 1994, p. 455). Essas determinações foram atravessadas desde o autoritarismo por estudos como o de Arouca (1975), a crítica da medicina preventiva de Donangelo (1976), a partir de reflexões sobre relações entre medicina e sociedade e publicada no livro Saúde e sociedade, e, de Mendes-Gonçalves (1979, 1986) acerca do processo de trabalho médico (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

Esses e outros estudos configuraram a posterior constituição do campo da Saúde Coletiva, a reflexão acerca da ‘medicalização da sociedade’, a formulação do ideário em torno da ‘democratização da saúde’, a luta pela RSB e posteriormente, a formulação da Constituição Brasileira de 1988 – conhecida como Constituição Cidadã – seguida da regulamentação do SUS, em 1990, legalizado a partir das leis 8080/90 e 8142/90.

A partir da década de 1980 emergiram propostas como as dos Distritos Sanitários (DS) que configuravam como estratégia para reorganizar os serviços de saúde, a partir de uma base populacional e territorial definida, como também a definição do perfil de demanda e oferta dos serviços e identificação das necessidades de saúde das comunidades, levando em conta os níveis de complexidade dos serviços e sua necessária interlocução. Essa denominação, adotada no Brasil, foi expressa a partir da proposta de criação dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), defendida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e apoiada paralelamente pela Cooperação Italiana em Saúde. (TEIXEIRA; SOLLA, 2006; ANDRADE, BARRETO; BEZERRA, 2006).

Inspirados na geografia e no geoprocessamento de informações é que a construção metodológica dos DS adotou, segundo Teixeira e Solla (2006), a delimitação territorial a partir das áreas de abrangência dos serviços e de cada unidade. Essa atitude possibilitou que a utilização do enfoque situacional

incorporado na lógica do planejamento acrescentasse saberes da Epidemiologia, Planejamento e Ciências Sociais na direção de propostas intervencionistas para o enfrentamento de determinantes e condicionantes da saúde nos referidos espaços sanitários.

Segundo estes autores, as reformas dos sistemas de saúde, tal como propostos na Inglaterra e na Itália adotavam modelos assistenciais que inspiravam as propostas reformistas no Brasil. Estes atentaram, porém, para a disparidade entre as críticas à medicina preventiva e comunitária que se apoiavam no ideário socialista e a realidade encontrada pelos intelectuais da RSB que ao se verem imersos na conjuntura política (re)elaboraram propostas com enfoque na gestão, financiamento e organização dos serviços fundamentados em um posicionamento social-democrata e não mais socialista. A perda de força no movimento político retardou a discussão sobre práticas, processo de trabalho, relações entre prestadores/usuários e profissionais/comunidade.

A Constituição Brasileira – CB, formulada em 1988, foi responsável por trazer mudanças expressivas e significativas, de forma rápida, no funcionamento do sistema de saúde vigente até este período. Esta possibilitou mudanças substanciais na organização das práticas de saúde contemplando para a sua realização a universalidade do direito à saúde, a descentralização e integralidade, como também a regionalização e hierarquização. Outro aspecto condicionante da mudança foi à fundamentação das ações preventivas e curativas que passaram a ser responsabilidade dos gestores públicos (VIANA, POZ, 2005). Estas ações vêm sendo desenvolvidas através de múltiplas experiências e na adoção de várias estratégias, uma delas é a Estratégia Saúde da Família.

Em busca da reorganização dos serviços de saúde tem-se buscado construir um sistema universal, integral e eqüitativo. Nesse sentido, vem-se desencadeando um arsenal de propostas que tem caracterizado o modelo hegemônico e suas conseqüências nos serviços, nas práticas e na gestão do trabalho em saúde.

A partir de então, surgiram, em diferentes regiões do país, propostas de organização do processo de trabalho, sejam elas ancoradas através de abordagem crítica sobre o atendimento à 'demanda espontânea', articulado a atendimento com 'organização da oferta' e a grupos específicos, através de 'programas especiais', focado em ações programáticas, balizadas pelo levantamento de necessidades e problemas de saúde individuais ou de grupos prioritários, ou pela mudança nos

instrumentos de trabalho e nas relações desenvolvidas entre prestadores e usuários orientadas pelo desenvolvimento de vínculo e acolhimento entre estes, como às propostas concebidas com o 'modelo em defesa da vida'. Dessas e de outras reflexões advém à noção de Vigilância à saúde, que se apóia na análise das práticas dos trabalhadores de saúde nas sociedades (TEIXEIRA; SOLLA, 2006) a partir da programação em saúde, contrariando o modelo que defendemos, visto que a referida perspectiva ordena as práticas na 'lógica' centrada na queixa-conduta e na 'focalização' de ações de saúde.

Segundo Marques e Mendes (2002) a década de 1990 foi caracterizada pelo grande investimento do Ministério da Saúde na APS. Esta proposta vem tentando reorientar em grande parte dos municípios brasileiros a lógica assistencial do SUS, e teve início em 1994, com a operacionalização do PSF, entendido como a principal estratégica com capacidade metodológica para redefinir o modelo assistencial e partindo do pressuposto de que os municípios estejam preparados para atuar de forma regionalizada e hierarquizada.

Entretanto, Teixeira e Solla (2006) salientam que apesar de alguns estudos apontarem para a permanência de práticas no PSF, ainda concentradas na oferta organizada de serviços na APS, sobretudo dirigidos ao grupo materno-infantil, a extensão de cobertura denota a relevância dessa estratégia e isso se configura em decorrência da expressiva expansão do quantitativo de ESF em todo o país.

Ainda que o acesso a programas de saúde, como o PSF, não exatamente tenha melhorado a maioria dos indicadores de saúde, vem garantido, porém, aspectos relevantes como acesso aos serviços básicos de saúde, como confirmam Vaughan e Morrow (2002) e Pinheiro e Escosteguy (2004), principalmente nos municípios com mais de 100 mil habitantes, contemplados com o Projeto de Expansão e Consolidação da saúde da família (PROESF). Entre os indicadores que tem sentido um impacto positivo destacamos o da mortalidade infantil (TEIXEIRA; SOLLA, 2006; ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

A organização dos serviços de saúde, segundo os autores, vem sendo questão central de debate conceitual e político desde a RSB e que inspira, ainda hoje, no contexto do SUS indicações políticas, preceitos e estratégias de mudanças de gestão através do financiamento do setor saúde, da organização dos serviços e das práticas dos trabalhadores de saúde no âmbito da conservação, modificação e/ou persistência do modelo assistencial.

De forma questionadora, Cecílio (1997) tem tratado a abordagem sobre modelos assistenciais sob uma ótica que necessita ser (des)construída e destituída de históricas posturas racionalizadoras e técnicas, sob as quais os usuários tem que se submeter.

O autor aponta a possibilidade de pensar o sistema de saúde como um círculo, com inúmeras “portas de entrada”, dispostas nos três níveis de assistência à saúde, o que demandaria por atendimento ao usuário a qualquer hora, não necessariamente no hospital, mas em qualquer nível do sistema, sob a perspectiva da necessidade apontada pelo cidadão comum e que tem, devido à cultura tecnocrática dominante, vivenciado o seu direito à saúde não ser assegurado pronta e adequadamente.

Inspirados em Baremlit (1996) compreende-se que como trabalhadores de saúde devemos atentar para a forma como nos relacionamos com os usuários, de forma que, ao orientar, prescrever e ensinar nossos saberes temos que, principalmente, nos inserirmos em seu meio, seu habitat, sua cultura. Devemos atentar sim, para seus valores e sentimentos, e, assim, talvez, horizontalizando saberes e provocando reflexões necessárias para seu bem estar, manutenção e/ou restabelecimento de sua saúde, talvez, apoiando vontades já produzidas no seio da comunidade em torno da participação popular, enfim, poderemos empreender uma (co)responsabilização sobre nossas ações, como pessoas que poderão os apoiar, sempre que demandarem por nosso cuidado.

Viacava et al (2004) discutem aspectos conceituais relativos aos sistemas e aos serviços de saúde e consideram unânime a discordância entre os autores, acerca da definição de sistema de saúde. Os sistemas de saúde podem variar no tempo e espaço e se conformam à saúde de forma sistêmica, portanto, resultam de relações entre vários sistemas e retratam as condições de vida de uma população, enquanto que os sistemas de serviços de saúde estão agregados aos primeiros e são influenciados por subsídios externos a eles, como conhecimentos e tecnologias e detém-se a prestar serviços vinculados ao setor saúde.

No Brasil, a descentralização dos sistemas de serviços de saúde tem permitido a gestão municipal constituir-se como campo fértil às experiências diversas. Para o adequado enfrentamento dos problemas que surgem, os municípios, por sua vez, necessitam da indução de desenhos organizativos, geralmente discutidos e construídos em nível nacional e estadual, mas que

disponibiliza a estes espaços de discussões autonomia para construir essa dinâmica através das pactuações, planos de regionalização, entre outras ferramentas de gestão, especialmente, por entender que a capacidade em operar sistemas de saúde é muito diversa entre os municípios brasileiros. Tais situações, embora comuns, muitas vezes demandam das equipes grande habilidade clínica, habilidades comunicacionais e interacionais, além da capacidade de negociação individual e coletiva nas suas áreas de abrangência.

Através da APS temos buscado meios para a organização do sistema de saúde a fim de torná-lo mais resolutivo e eficiente. No entanto, para que tal propósito seja alcançado devem ser revistos os processos de trabalho, por meio da ampliação do ato terapêutico; reconstrução do uso da Epidemiologia na prática cotidiana e incorporação das dimensões de análise como o vínculo e o acolhimento no fazer diário dos trabalhadores de saúde (SANTOS et al, 2007; TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

No entanto, diante do exposto, devemos nos questionar, como expuseram Teixeira e Solla (2006): “se o processo de construção do SUS tem implicado na organização dos serviços e práticas que aproximam (ou não) a configuração do ‘modelo de atenção’ ao ideal de integralidade do cuidado à saúde dos indivíduos e grupos da população”.

Particularmente, o trabalho em equipe, vem se conformando como um dos mecanismos possíveis por meio do qual se pretende garantir uma boa prática de saúde, mas que não tem sido adotada como atitude cotidiana pela maioria das equipes.

Leal et al. (2008a) concluíram que apesar de haver adesão ao tratamento de Hanseníase através da rede básica, os portadores referiram conhecimento inadequado acerca da doença, como também ausência de busca ativa efetiva dos contatos para realização de medidas preventivas, caracterizando falha no processo de trabalho da equipe. Os autores, em outro estudo, também realizado em Petrolina-PE, revelaram que profissionais de nível superior de Enfermagem do PSF costumam lançar mão de terapêuticas baseadas na Fitoterapia, mesmo com pouco ou nenhum embasamento científico (LEAL et al. 2008b), revelando a necessidade de incorporação da Fitoterapia nos componentes curriculares da UNIVASF, visto ser a prática culturalmente significativa para a população da região.

Pereira e outros (2006) destacam que apesar da concepção do PSF como estratégia de reestruturação da ABS, pela ocorrência de mudanças recentes nas

condições políticas, institucionais e de financiamento destinados a acelerar este processo, poucas foram às cidades com sistemas de saúde complexos, onde ocorreu a introdução do programa de forma substitutiva ao modelo assistencial, pois na maioria das cidades consideradas de médio e grande porte, o PSF ainda se enquadra enquanto uma estratégia de expansão dos cuidados básicos de saúde, voltada somente a grupos populacionais sob maior risco social e expostos a precárias condições sanitárias.

Nesse contexto, cada município deverá dar solução as mais diversas necessidades de saúde da população e definir para onde e quando devem ser encaminhados os casos que exigem atendimento especializado. Portanto, é um engano imaginar o PSF como um serviço paralelo e desconexo. Pelo contrário, ele se integra ao serviço de saúde do município e região para enriquecê-lo, organizá-lo e caracterizá-lo como “porta de entrada” do sistema de saúde a nível municipal (BRASIL, 2001; AQUINO, 2003).

Nessa direção surge o Pacto pela Saúde 2006, implicando na definição simultânea de prioridades articuladas e integradas em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. Eles orientam que cada equipe de PSF na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família, pode ser responsável, por até 4000 mil habitantes por equipe, o que implica em possível melhora no processo de trabalho desta, pois possibilita a diminuição da demanda e assim melhores ajustes das práticas diárias (BRASIL, 2006).

Contudo, no cotidiano do PSF levantam-se conflitos na produção do cuidado, pois apesar de as práticas com o coletivo serem uma atribuição do conjunto da equipe, parte delas são assumidas principalmente pelos agentes comunitários, enfermeiros e médicos em separado, de forma a configurar uma continuidade da prática flexneriana. Romper com as dificuldades nem sempre é algo consensual na equipe. Podemos citar como exemplo as consultas clínicas, pois ocupam parte apreciável da agenda dos médicos. Mas o que os impede de reformular a sua prática?

Retratando a urgência na transformação das práticas de saúde é que Nunes (2003) salienta a necessidade de articulação intra e extra-setorial para a resolução dos problemas da comunidade. Essa “noção”, uma vez articulada com debates “a respeito da ‘promoção da saúde’ (BUSS, 2000; TEIXEIRA; PAIM, 2000) e das ‘Cidades Saudáveis’ (FERRAZ, 1993, 1999), bem como vem refletindo acerca das

‘ações programáticas de saúde’ (SCHRAIBER, 1990)” que amadurecem ou restringem as direções propícias ao desenvolvimento de novas formas de gerir o sistema (TEIXEIRA; SOLLA, 2006). Porém, é oportuno observar: que perspectivas permitem a manutenção de “arestas” sugestivas das velhas armadilhas metodológicas?

Para Teixeira (2000a), a Vigilância da Saúde relaciona-se ao fortalecimento das vigilâncias: epidemiológica, sanitária, à saúde do trabalhador e ambiental, como na implantação da vigilância nutricional a grupos vulneráveis, todas justapostas nos diversos níveis assistenciais existentes, no entanto, entendemos que esse modelo mostra-se pouco ousado em relação à discussão da subjetividade e da produção do cuidado no cotidiano da prática.

Nessa perspectiva, as condutas dos trabalhadores de saúde e da comunidade devem ser (re)significadas, baseadas na (co)construção da autonomia desses sujeitos, imbricados como protagonistas do sistema de saúde.

Apontamos o investimento na ABS para reorganizar as práticas de saúde, a partir do uso de “tecnologias leves” (MERHY, 2002), sobretudo como método para minimizar efeitos oriundos da demanda espontânea e escapar de velhas armadilhas centradas nos esquemas queixa – conduta ou surto-intervenção.

Na organização das nossas práticas devemos considerar que nem sempre fazemos escolhas racionais e socialmente justas, mas devemos incorporar o biológico e o psicológico, o ambiental e o ocupacional, enfim, as mais variadas “visões” ao ato de cuidar, de gerenciar e (re)inventar-se como trabalhadores de saúde para que, de fato, possamos ter uma saúde coletiva como construção humana processual.

Avançar nas práticas de saúde é possível quando se está aberto a mudanças progressivas de atitude e de paradigma, nas formas de organização da assistência de forma a permitir uma clínica centrada no sujeito - família - comunidade, mas que se permita ser ampliada, apoiada na responsabilização individual e coletiva das ações, com vistas a um redimensionamento do conceito de saúde, sempre inacabado.

A incorporação da integralidade como um princípio orientador dos SUS tem sido um dos desafios à construção de um modelo de saúde, universal e eqüitativo. Sendo assim, este princípio aglutina segundo Santos (2005); Santos e Assis (2006)

as dimensões de acesso, acolhimento, vínculo e responsabilização, entre outros, tornando-se complexo e polissêmico.

As concepções teorizadas por Mattos (2001) fazem-nos compreender que as práticas em saúde deverão estar carregadas com complexas formas de agir em saúde, relacionando atos e despolarizando as possibilidades terapêuticas - dialógico-prescritiva; promocional-curativa/ reabilitadora; clínica-epidemiológica; singular-coletiva; razão-emoção; saúde-doença; - de forma a tentar agir de forma integral atendendo as diversas necessidades de ações e serviços de saúde dos usuários. Desta forma, a complexidade de sentidos que a integralidade é capaz de incorporar veicula relevantes e necessárias transformações das práticas dos trabalhadores de saúde.

As relações estabelecidas no cotidiano das práticas de saúde se conformam em ato no momento em que o trabalhador de saúde e o usuário encontram-se na produção do cuidado. Esse momento oportuniza ao trabalhador a autonomia de suas ações favorecendo atitudes terapêuticas e amplas, pois, o “trabalho vivo” é, sobretudo, instituinte, ou seja, original e criativo, emergindo da prática diária, e, “quase estruturado”, ou seja, muito complexos (BAREMBLIT, 1996; MERHY, 2006, 2002; CECÍLIO, 2002).

Cecílio (2002), de acordo com as concepções de Matus (1987), considera problemas quase-estruturados aqueles de alta complexidade, visto que é difícil enumerar a totalidade de suas causas, além da relatividade de visões dos atores diante de uma situação na definição dos problemas, com no enfrentamento dos mesmos. Matus (1987) defende a proposição de que o homem produz ou é responsável pelo curso dos acontecimentos, de forma que também deve relacionar problemas ligados a prática da equipe aos problemas decorrentes dos atos individuais dos seus componentes. No PSF, os atos dos sujeitos sociais poderão afetar futuramente a prática da ESF em forma de efeitos positivos ou negativos no cenário do cuidado, os quais poderão refletir a saúde da população e novamente condicionarão o planejamento desses mesmos sujeitos. Esses efeitos, uma vez analisados processualmente, poderão mediar futuras e contínuas ações da equipe de saúde, pois a aprendizagem que a prática proporciona no cotidiano deverá influenciar as ações posteriores.

As concepções de Merhy (2006) nos autorizam a refletir sobre a ocasião de processo de trabalho em saúde, como oportunidade para embates carregados de

intencionalidades, geralmente pouco consensuais sobre as necessidades de revisões de posturas do cuidado em saúde. O conceito de micropolítica introduzido pelo autor conduz para a concepção de que os sujeitos sociais possuem certa autonomia e esta imprime no dia a dia dos trabalhadores de saúde diferentes processos instituintes que conduzem para várias direções dentro desse microespaço.

Para Santos e Assis (2006) as dimensões de análise (acesso, acolhimento, vínculo, responsabilização) confluem para uma resposta adequada para as demandas percebidas e externalizadas dos usuários e que juntas compõem uma dimensão maior, que os autores, convenientemente, fazem analogia a um feixe de luz: a integralidade.

Os autores compreendem que a integralidade engloba as dimensões do acesso, acolhimento, vínculo, responsabilização e resolubilidade, além de articular-se a “tecnologia leve”, para compor aspectos relacionais que redimensionam o “trabalho vivo em ato” na incessante busca da saúde integral centrada na ampliação do ato de cuidar. Por esse aspecto pode ser também chamada de agenciamento.

Para Campos (2003a) e retraduzida por Santos e Assis (2006) podemos conceber a interlocução e existência de diversas clínicas entre as quais podemos citar: Clínica Oficial, Clínica Degradada e Clínica Ampliada.

A primeira seria a clínica cartesiana clássica ou saber clínico, onde a saúde atende a uma visão mercadológica, relacionada a aspectos particularizados com enfoque sobre o corpo anátomo-fisiológico do indivíduo doente, impregnada de objetos fetichizados como medicamentos, procedimentos, protocolos, programas e que, portanto, despersonaliza o humano, abreviando a condução terapêutica (SANTOS; ASSIS, 2006).

Ainda assim é uma criação apta a satisfazer necessidades subjetivas dos sujeitos, a quem não é dada autonomia para (co)responsabilizar-se por sua saúde, mas sim, baseadas nos conhecimentos estruturados (tecnologia leve-dura, ou, saberes disciplinares como a Clínica Médica e a Epidemiologia) e das máquinas, equipamentos, normas, rotinas, fluxogramas e tantos outros (tecnologias duras), como necessários e/ou complementares para a satisfação da integralidade da assistência à saúde e, portanto, extremamente representativa na concepção dos mais diversos sujeitos sociais. A segunda reporta-se a uma clínica atravessada por interesses múltiplos – sociais, econômicos, culturais, políticos, ideológicos – e que,

portanto sobrepõem-se à promoção, prevenção, cura ou reabilitação dos usuários, minimizando os atos terapêuticos. (CAMPOS, 2000, 2003a; SANTOS; ASSIS, 2006).

Contrariamente a Clínica Ampliada, segundo os autores e em consonância com Campos e Campos (2006) e Cunha (2005) direciona seu foco no sujeito concreto e abre caminhos para a construção de atitudes relacionais que debruçam o olhar para o contexto individual, familiar e comunitário, o que demanda pelo desenvolvimento de habilidades na escuta, nas observações e sentimentos que se permite experimentar na produção do cuidado, além de permitir a necessária flexibilização quanto à realização das atividades diárias (caso-a-caso), pois assim também são as demandas dos usuários a cada dia.

É nesse contexto que o Método Paidéia é adequado as ações em direção à co-construção da autonomia (CAMPOS, 2000, 2003a, 2003b; CAMPOS; CAMPOS, 2006), pois estas se propõem a instituir nova racionalidade a gestão de coletivos, levando-se em conta a multiplicidade de lógicas e as polaridades delas decorrentes. Estas propostas consideram os trabalhadores como sujeitos sociais com capacidade de análise e de intervenção no processo de reconstrução de um modelo de sociedade onde haja valorização do trabalho e do trabalhador, apontando outros sentidos e significados para o trabalho e para a vida em coletividade e que ao que me parece torna essas metodologias, como a do planejamento baseado em “tecnologias leves”, como aponta Cecílio (1997) - apropriado e necessário ao PSF.

O desafio é justamente flexibilizar rotinas, fluxos e relações, de forma articulada e interdisciplinar, mas pautadas, sobretudo, na produção do acesso, vínculo e responsabilização, potências vitalizadoras do ato de cuidar em saúde.

CAPÍTULO II

PERCURSO METODOLÓGICO

A tarefa coerente do educador que pensa certo é, exercendo como ser humano a irrecusável prática de inteligir, desafiar o educando com quem se comunica e a quem comunica, produzir sua compreensão do que vem sendo comunicado. [...] O pensar certo por isso é dialógico e não polêmico.

(Paulo Freire, 1996, p.38.)

2.1 METODOLOGIA

Em pesquisa qualitativa procura-se discutir o conhecimento como algo inacabado que se transforma e é capaz de incorporar novas perspectivas, pautadas nas certezas e interrogações, visões críticas, entre outros. Neste sentido, pretendeu-se durante o tratamento do material empírico se amparar na apreensão ocorrida através da leitura, como forma de entrecruzar o teórico com o empírico por meio das diversas dimensões de análise, as quais permitem emergir interesses, comportamentos, percepções dos diferentes contextos sob observação e análise.

2. 1. 1 Natureza do estudo

Neste estudo procurou-se apreender o processo de produção das práticas no PSF, partindo da observação da prática e da compreensão que os sujeitos portam de seu saber/ fazer e dos vários aspectos a ele relacionados. Optou-se, de acordo com Mendes-Gonçalves (1994) e Merhy (2006), pelo contraste entre aspectos objetivos evidenciados na prática cotidiana da ABS e as representações de seus agentes (gestores, trabalhadores e usuários) a respeito da mesma e das diversas questões a ela conexas.

Para se aproximar do objeto de estudo, adota-se uma abordagem qualitativa, que permite, de acordo com Minayo (1999, p. 22), responder a questões muito particulares, preocupando-se com uma realidade que não pode ser quantificada, entendendo-se os sujeitos do estudo como gente inserida em determinada contexto social e, portanto, histórico, pertencente a determinado grupo social ou classe, com suas crenças, valores e significados.

A relação dos sujeitos envolvidos (gestores, trabalhadores e usuários) na produção das práticas de saúde no PSF foi analisada a partir da construção da integralidade, como uma das diretrizes do SUS, realizando entrecruzamento entre os dados empíricos, obtidos através de entrevista e observação da prática.

2. 1. 2 - Cenário da pesquisa

O cenário da pesquisa foi o município de Feira de Santana – BA, que ocupa lugar de destaque na organização de redes de atenção à saúde no interior do Estado da Bahia, sendo considerado município de referência para serviços de média e/ ou alta complexidade nas diversas linhas do cuidado. Este se constitui em um dos maiores parques tecnológicos disponíveis de saúde pública e representa espaço no qual será possível à análise a ser considerada na presente investigação.

Feira de Santana

É o maior município do interior do Estado baiano, localizado na Mesorregião Centro-Norte deste e distando 115 quilômetros da capital (Salvador). Tem uma população estimada para o ano de 2007 de 535.820 habitantes, distribuídos numa área geográfica de 1.338,14 km², com densidade demográfica de 329,8 hab/km², segundo Rodrigues e Bomfim (2010).

O município se encontra num dos principais entroncamentos de rodovias do Nordeste brasileiro. Funcionando como ponto de passagem para o tráfego que vem do sul e do Centro-Oeste e se dirige para Salvador e outras cidades nordestinas. Possui um importante e diversificado comércio e serviços, além de indústrias de transformação e da Universidade Estadual de Feira de Santana, com cursos de graduação e pós-graduação, além de faculdades particulares. Dispõe ainda de uma intensa produção agropecuária e no setor de indústria de transformação, como também um vasto setor de prestação de serviços e comercial (RODRIGUES; BOMFIM, 2010).

O município é componente do Programa de Expansão do Saúde da Família (PROESF) - BA desde 2003 e encontra-se na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde desde 2004, sendo responsável por uma rede de serviços de ABS que conta com 83 equipes de Saúde da Família, com cobertura de 57% da população em área urbana e 100% em área rural, conforme informa Bahia (2010). Também é responsável pela atenção às médias e altas complexidades, gerenciando recursos da ordem de R\$ 60 milhões/ano e sendo referência para quase 80 municípios das Macrorregiões de Saúde Centro-Leste e Centro (BRASIL, 2010).

2.1.3 - Participantes do estudo

Por tratar-se de uma pesquisa qualitativa, o critério numérico não foi o responsável para instituir a quantidade de participantes no estudo, no entanto, como sugere Minayo (1999), constitui o aprofundamento e abrangência da compreensão dos vários setores sociais (grupo, organização, política ou representação), e não as generalizações, que darão conta de contemplar os sujeitos pesquisados.

Dessa forma, o quantitativo de sujeitos da investigação foi definido pela saturação teórico-empírica e pela relevância das informações e das observações que trouxeram contribuições significantes e apropriadas ao delineamento do objeto em apreensão. Nesse sentido, Thiollent (2000) aponta que a representatividade dos grupos se anuncia a partir da relevância política e das idéias que permeiam um dado período histórico-social, e este perfil se constitui pelo encontro das ordens cognitiva, sociológica e política, com possibilidade de retomada das distorções no decorrer do processo de investigação.

Para compor os participantes do estudo foram organizados três grupos de representação eleitos intencionalmente, justificados pelos critérios a seguir:

Grupo I: trabalhadores de saúde – sujeitos que exerciam a prática cotidiana no PSF, abarcando todos que participavam de atividades relacionadas ao programa, desde o porteiro da USF até o trabalhador mais graduado.

Grupo II: usuários do PSF – por serem centrais no processo de ação da saúde, podendo definir suas impressões sobre o acesso, acolhimento, vínculo e responsabilização no ato da produção da prática para atender as demandas e necessidades, individuais e coletivas.

Grupo III: informantes – chave - pessoas que se relacionavam, direta ou indiretamente, com o PSF, no município em foco, e que por essas características enriqueceram a análise e permitiram a compreensão da dinâmica e das relações dos serviços. Foram constituídos por: Secretário Municipal de Saúde, coordenador do PACS/PSF, gerentes de unidades, entre outros.

Os informantes - chave tiveram o papel de facilitadores do processo de estudo, escolhidos de forma proposital ou, às vezes, emergindo no transcorrer da investigação, sendo incorporados gradativamente à pesquisa.

O julgamento de Minayo (1999) conflui para a assertiva acima, ponderando que, no decorrer da investigação, muitos sujeitos foram descobertos e isto é, particularmente, importante para contemplar as várias perspectivas, pontos de vista e de observação, numa análise que se proponha dialética.

A presente investigação propõe-se a entrecruzar esses grupos, pois, como bem resume Demo (1995), na história, os sujeitos dialogam num terreno de conflitos, no qual o entendimento e desentendimento são partes complementares da totalidade comunicativa. Ou seja, só há diálogo autêntico entre falas opostas e, é nesse espaço, que a história se processa e se decompõe, a partir da dialética de interesses múltiplos e contraditórios.

2.1.4 - Técnicas de coleta de dados

Para coletar as informações, foi adotada a entrevista semi-estruturada, entre as diferentes técnicas de entrevista, porque “ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação” (TRIVIÑOS, 1987, p. 146).

Para tanto, elaborou-se pontos que nortearam as entrevistas e que foram fundamentados nos objetivos e no pressuposto teórico, mencionado anteriormente. Os roteiros das entrevistas têm o desígnio de nortear os relatos dos pesquisados e, assim, permitir que o recorte temático desta esteja contemplando, à luz das representações dos diferentes sujeitos que compõem os cenários da investigação.

Nesse aspecto, foram elaboradas questões comuns e outras com especificidades para cada grupo de respondentes, dado seu caráter heterogêneo. Para a interlocução dos depoimentos foram utilizados, também, os informantes - chave.

As entrevistas foram gravadas em *pen-drive*, após autorização dos depoentes, e realizadas em locais agendados, antecipadamente. Durante as entrevistas, não foram realizadas interferências valorativas sobre o que estará sendo expresso, no entanto, sempre que alguma estrutura relevante emergisse da fala,

interrompia-se esta, imediatamente, para maiores esclarecimentos ou para incorporar outros questionamentos, mas dentro das balizas do objeto investigado.

A observação sistemática da produção da prática constituiu-se em outra técnica de coleta de dados, dos ambientes onde são realizadas as linhas de cuidado no PSF do município em análise. Sobre essa técnica, Chizzotti (1995) esclarece que o pesquisador observa os eventos no momento concreto da ação e pode fazer relações com outros atos que interagem na sua ocorrência, admitindo, assim, uma percepção mais abrangente das subjetividades relacionadas ao objeto em estudo.

Os dados foram coletados no período de julho a dezembro 2009, orientados por roteiros das entrevistas (ANEXOS A, B, e C) e da observação da prática (ANEXO D), constando informações em relação ao acesso a ESF: tipo de demanda, número de vagas, consultas agendadas, critérios de marcação de consulta e as práticas operadas no cotidiano da unidade.

2.1.5 - Processo de análise do material empírico

Inicialmente o projeto foi construído para o exame de qualificação com definição de objetivos, pressupostos e referencial teórico que foram reconstruídos após incorporação de sugestões dos examinadores, articulando-os com os conteúdos teóricos apreendidos durante o curso de disciplinas como: Estado, População e Políticas Públicas; Saúde, Cultura e Sociedade; Epidemiologia Social; Gestão de Sistemas de Saúde e Planejamento e Programas de Saúde.

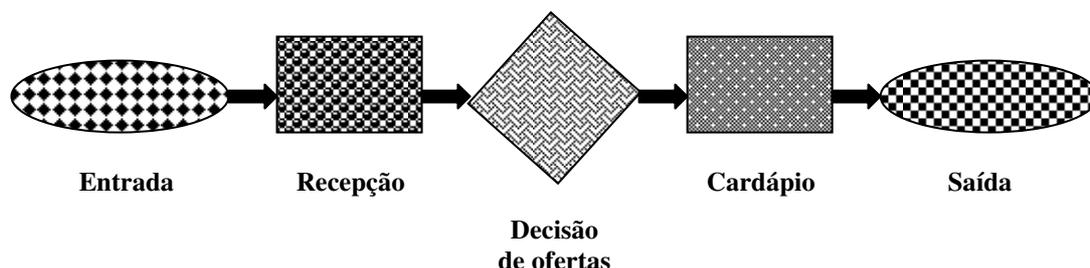
A análise dos dados foi orientada pelo fluxograma analisador proposto por Merhy (2002, 2006). Trata-se de uma representação gráfica do caminho percorrido pelo usuário em unidades de saúde, mostrando as interfaces entre os sujeitos da prática, seus métodos de ação e modo como interagem, possibilitando uma nova compreensão sobre as práticas em saúde, que é, essencialmente, um tipo de força que opera em ação permanente e em relação. Portanto, procurou-se estabelecer interfaces do acesso a ESF com a prática desenvolvida pela equipe de saúde.

Nesse sentido, considera-se que quaisquer serviços de saúde podem ser enquadrados na seqüência mostrada pelo diagrama apresentado na Figura 1, que, no presente estudo, no capítulo de análise e discussão dos resultados, será

desdobrada nas FIGURAS 2, 3 e 4, construídas a partir das observações da prática, com o objetivo de possibilitar uma melhor visualização das informações colhidas por meio da pesquisa empírica.

A entrada é representada, simbolicamente, por uma elipse, caracterizada pelo movimento que, em um dia, se faz na “porta de entrada” da Unidade de Saúde da Família (USF) e, no qual, alguns usuários acabam por chegar à recepção e outros não, caracterizando o momento do acesso. A recepção, configurada por um retângulo, constitui-se nas diferentes formas de organização do atendimento. A decisão da oferta de serviços é representada por um losango com os distintos critérios de que a unidade se utiliza para compreender se o que o usuário traz como problema de saúde será ou não objeto de intervenção. O cardápio, 2º retângulo, consiste na oferta de determinados serviços pela unidade, ou seja, tanto as consultas realizadas em um consultório médico, quanto os atendimentos que são realizados no corredor de um modo simples e rápido, possibilitam ou não, acesso a unidade. Finalmente, a elipse de saída que descreve os usuários que obtiveram algum tipo de intervenção e vão sair ou retornar à unidade, em várias situações: alta por cura, por óbito ou abandono; encaminhamentos para exames ou para outros serviços da rede de atenção; e retornos dos mais diferentes tipos do próprio serviço.

Figura 1: Fluxograma analisador do caminho percorrido pelo usuário ao buscar atendimento nos serviços de saúde.



Fonte: Merhy (2002, 2006).

As entrevistas complementaram o tratamento do material empírico, utilizando-se a análise de conteúdo temática com base em Minayo (1999), que aponta que entre as possibilidades de categorização no campo da saúde a mais

utilizada é a análise de conteúdo temática, versando em isolar temas de um texto e extrair as partes empregáveis, de acordo com o tema pesquisado, para permitir comparação com outros textos eleitos da mesma maneira.

A análise de conteúdo foi feita através das três fases básicas estabelecidas por Minayo (1999): ordenação, classificação e análise final dos dados.

No primeiro momento da ordenação foi feita a disposição do material, uma leitura inicial do conteúdo para se ter as primeiras direções e impressões em relação às mensagens representadas nas entrevistas. O segundo momento constituiu-se no conjunto de dados empíricos que foram submetidos aos procedimentos analíticos, orientados pelos seguintes princípios: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

A etapa de classificação dos dados permitiu a construção dos dados empíricos que toma como base à teoria que apóia à pesquisa e o pressuposto teórico selecionado pelo pesquisador, desenvolvida em três momentos:

1º momento: leitura exaustiva e flutuante dos textos contido nas entrevistas, recortando e realizando uma síntese geral de cada unidade de análise (uma a uma). Possibilitando a visualização das idéias fundamentais sobre o tema em foco, concebendo em núcleos de sentido (o que dá sentido as representações das falas ou outras formas de expressão relacionadas ao objeto de estudo).

Este momento possibilitou a montagem de esquemas de análise dos grupos entrevistados, relacionando-se a síntese de cada unidade de análise aos núcleos de sentido. Estabeleceram-se as sínteses horizontais – viabilizando mostrar os pontos e as idéias comuns entre os sujeitos entrevistados por unidade temática considerada (em blocos convergentes e divergentes). Destacam-se nessa ocasião, as “estruturas de relevância”, que significa segundo Minayo (1999) a apreensão das idéias centrais do texto e/ou fala e a transmissão dos momentos-chave de sua existência sobre o tema em foco.

2º momento: leitura transversal de cada corpo ou *corpus* de conversação, estruturadas a partir dos núcleos de sentido, apreendidos nos diferentes grupos que compõem a análise, fazendo-se a eleição dos temas mais relevantes relacionados ao objeto e as questões norteadoras do estudo.

2.1.6 - Aspectos éticos da pesquisa

A Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde determina as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos. Em obediência a esta resolução, esta pesquisa tomou precauções para que todos os direitos dos sujeitos da pesquisa sejam respeitados. Todos os sujeitos entrevistados e observados receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), constando de esclarecimentos sobre a pesquisa, com solicitação para o fornecimento das informações necessárias e autorização para a participação no estudo. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Estadual de Feira de Santana, cujo número do protocolo 170/2008 (CAAE 0170005900008).

O material coletado foi organizado em bancos de dados para orientar outras pesquisas durante cinco anos. Manteve-se o anonimato das informações, buscando respeitar a integridade moral, intelectual, social e cultural dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

Esta pesquisa teve como benefícios proporcionar reflexões críticas sobre a produção da prática na ESF, discutir o modelo de assistência à saúde, redefinir rumos para a ABS e contribuir para implementar políticas nos cenários locais.

Os possíveis riscos relacionaram-se aos desconfortos devido ao aparecimento de possíveis conflitos de opiniões ou pelo sentimento por parte dos trabalhadores de saúde de estarem sendo fiscalizados ou auditados. Foi levado em consideração que os informantes - chave poderiam se incomodar com o processo de análise ou poderiam sentir-se fiscalizados; que os usuários poderiam sentir-se inibidos para expor as suas opiniões com receio de influenciar no posterior atendimento que necessitassem. No entanto, os sujeitos poderiam a qualquer momento desistir da participação na pesquisa.

O capítulo de análise e discussão dos resultados, a seguir, toma como ponto de partida, as observações da prática, complementado pelas falas dos entrevistados, que disparam as análises e vão estabelecendo interfaces com as observações e com o referencial teórico, para configurar-se como um todo: **PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM CENÁRIO DA BAHIA: ACESSO, VÍNCULO E RESPONSABILIZAÇÃO?**

Ressaltamos que os resultados apresentados a seguir, são em forma de 2 artigos científicos, cujas normas obedecem as orientações dos periódicos que foram submetidos, a saber: artigo 1, no periódico Ciência & Saúde Coletiva, e artigo 2, no periódico Revista Physis – Saúde Coletiva.

CAPÍTULO III

ANÁLISE E DISCUSSÃO

DOS RESULTADOS

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Leonardo Boff, 1999, p.33

3.1 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

ARTIGO 1:

3.1.1 PRÁTICAS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ORIENTADORAS DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM NÍVEL LOCAL?

PRACTICE OF FAMILY HEALTH TEAM: GUIDELINES ON ACCESS TO HEALTH SERVICES AT THE LOCAL LEVEL?

AUTORES:

Anne Caroline Amorim Leal

Marluce Maria Araújo Assis (orientadora)

Maria Salete Bessa Jorge (membro da Banca Examinadora)

Maria Lúcia Silva Servo (membro da Banca Examinadora)

Resumo

Estudo teve por objetivo a análise das práticas da equipe na Estratégia Saúde da Família (ESF) em um município da Bahia e como estas orientam o acesso. Trata-se de pesquisa qualitativa, tendo como técnica de coleta de dados a observação sistemática da prática em 03 Unidades de Saúde da Família. O fluxograma analisador orientou a análise dos dados. Os resultados revelaram que o acesso ocorre, preferencialmente, por meio do cadastramento familiar e de ações programáticas voltadas para grupos específicos. A prática procedimento-centrada orienta a atenção na ESF, priorizando o pronto-atendimento, retratado nas urgências/emergências. Algumas atividades realizadas pelo enfermeiro mostraram-se mais susceptível a novas posturas terapêuticas, manifestada pela satisfação dos usuários. O estudo sinaliza para a necessidade de avançar na (re)significação das práticas para potencializar a melhoria do acesso na "porta de entrada" do sistema.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde; Programa Saúde da Família; Equipe; Sistema Único de Saúde.

Abstract

Study aimed to analyze the practice team at the Family Health Strategy (FHS) in a city of Bahia and how they guide the access. This is qualitative research, and the technique of data collection systematic observation of practice in 03 Units of Family Health. The flowchart analyzer guided the data analysis. The results revealed that access occurs preferentially through the household registry and program actions aimed at specific groups. The practice procedure-oriented focusing attention on the ESF, prioritizing the emergency room, pictured in emergency care. Some activities performed by nurses were more susceptible to new therapeutic attitudes expressed by the users' satisfaction. The study indicates the need for progress in the (re)signification of practices to enhance the improvement of access in the "gateway" system.

Keywords: Access to health services, the Family Health Program, Team, Unified Health System

Introdução

No contexto brasileiro, muitas discussões ocorrem acerca do sistema de saúde, com ênfase na Atenção Básica à Saúde (ABS), visando maior cobertura e resolubilidade das ações propostas para a rede de atenção. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é parte dessa rede que busca superar o modelo de saúde centrado na doença e em práticas, predominantemente, curativas, com a finalidade de reorganizar o acesso na “porta de entrada”. Além disso, busca-se a incorporação de conceitos e práticas inovadoras, balizadas por diferentes tecnologias para responder as necessidades apresentadas nos espaços concretos, onde as pessoas constroem suas histórias e representam seu processo de saúde-doença^{1,2}.

Nesse sentido, a prática de saúde^{3,4} canaliza-se em atos (verbais, não verbais, discursivos ou não, teóricos e técnicos) protagonizados pelos diferentes sujeitos sociais em direção à modificação da realidade e, assim, possibilita contrapontos ao arcabouço funcional, apontados para mudanças relacionais, institucionais e organizacionais. Ou seja, as práticas de saúde são engendradas em diferentes formas de organização do trabalho em equipe, tais como: “equipe agrupamento”, aquela que pauta sua prática na sobreposição de ações realizadas por um aglomerado de sujeitos-trabalhadores a realizar trabalhos desconectados entre si, e, “equipe integração”, a que elabora propostas de trabalho inclinadas à realização de ações integrais, coerentes com o trabalho integrado e colaborativo dos trabalhadores de saúde⁵.

O acesso, contudo, pode ser discutido a partir de dimensões específicas que descrevem a adequação entre os usuários e o sistema de saúde: a disponibilidade compreendida como uma relação do volume de atendimento ofertado e o tipo de necessidades a serem satisfeitas; a relação entre a oferta e demanda dos usuários nos seus territórios sociais; a acomodação funcional, percebida como a relação entre o modo como a oferta está organizada para aceitar os usuários e a capacidade/habilidade destes se acomodarem aos referidos aspectos e perceberem a conveniência dos mesmos^{6,7}.

Em revisão sobre os estudos que tratam o objeto que ora apresentamos, foram identificados trabalhos sobre acesso aos serviços de saúde em suas múltiplas

dimensões, relacionado às desigualdades geográficas e sociais⁸, acessibilidade aos serviços⁹, que extrapola a dimensão geográfica; disponibilidade de serviços e organização funcional do serviço⁶; acolhimento como um dispositivo orientador^{10,11} oferta e demanda dos serviços¹² para atendimento das necessidades individuais e coletivas dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

No entanto, foram identificadas lacunas de conhecimento sobre a articulação da temática referente à prática de saúde como orientadora do acesso na ESF, ainda que alguns autores discutam o processo de cuidar interconectado pela micropolítica do processo de trabalho em saúde^{13,14,15}, transversalizando o acesso como parte do acolhimento na rede SUS^{10,11}.

Com base no acima descrito, este artigo, elaborado a partir de uma dissertação de Mestrado tem como objetivo analisar a dinâmica das práticas da equipe na ESF e como estas orientam o acesso aos serviços de saúde no nível local.

Metodologia

O município escolhido como campo empírico é localizado no Recôncavo da Bahia, componente do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF) - BA desde 2003, e encontra-se na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde desde 2004, sendo responsável por uma rede de serviços que conta com 83 equipes de Saúde da Família, com cobertura de 57% da população em área urbana e 100% em área rural¹⁶. Também é responsável pela atenção às médias e altas complexidades, gerenciando recursos da ordem de R\$ 60 milhões/ano e sendo referência para quase 80 municípios da Macrorregião de Saúde Centro-Leste e Centro¹⁷. O estudo foi realizado em três USF, por meio da observação sistemática da prática, totalizando 74 horas. Os critérios de inclusão: equipe de saúde da família completa (médico, enfermeiro, odontólogo, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), auxiliar ou técnico de consultório dentário); trabalhadores com inserção mínima de seis meses na equipe; unidades localizadas em três diferentes áreas de abrangência do município; e concordância em participarem da pesquisa.

Os dados foram coletados no período de julho a dezembro 2009, orientados por um roteiro, constando informações em relação ao acesso a ESF: tipo de

demanda, número de vagas, consultas agendadas, critérios de marcação de consulta e as práticas operadas no cotidiano da unidade.

A análise dos dados foi orientada pelo fluxograma analisador proposto por Merhy^{13, 14}. Trata-se de uma representação gráfica do caminho percorrido pelo usuário em unidades de saúde, mostrando as interfaces entre os sujeitos da prática, seus métodos de ação e modo como interagem, possibilitando uma nova compreensão sobre as práticas em saúde, que é, essencialmente, um tipo de força que opera em ação permanente e em relação. Portanto, procurou-se estabelecer interfaces do acesso a ESF com a prática desenvolvida pela equipe de saúde.

Nesse sentido, considera-se que quaisquer serviços de saúde podem ser enquadrados na seqüência mostrada pelo diagrama apresentado na Figura 1, que, no presente estudo, será desdobrada nas FIGURAS 2, 3 e 4, construídas a partir das observações da prática, com o objetivo de possibilitar uma melhor visualização das informações colhidas por meio da pesquisa empírica.

A entrada é representada, simbolicamente, por uma elipse, caracterizada pelo movimento que, em um dia, se faz na “porta de entrada” da Unidade de Saúde da Família (USF) e, no qual, alguns usuários acabam por chegar à recepção e outros não, caracterizando o momento do acesso. A recepção, configurada por um retângulo, constitui-se nas diferentes formas de organização do atendimento. A decisão da oferta de serviços é representada por um losango com os distintos critérios de que a unidade se utiliza para compreender se o que o usuário traz como problema de saúde será ou não objeto de intervenção. O cardápio, 2º retângulo, consiste na oferta de determinados serviços pela unidade, ou seja, tanto as consultas realizadas em um consultório médico, quanto os atendimentos que são realizados no corredor de um modo simples e rápido, possibilitam ou não, acesso a unidade. Finalmente, a elipse de saída que descreve os usuários que obtiveram algum tipo de intervenção e vão sair ou retornar à unidade, em várias situações: alta por cura, por óbito ou abandono; encaminhamentos para exames ou para outros serviços da rede de atenção; e retornos dos mais diferentes tipos do próprio serviço.

Todos os sujeitos observados receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, constando de esclarecimentos sobre a pesquisa, com solicitação para o fornecimento das informações necessárias e autorização para a participação no estudo. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em

Pesquisa, da Universidade Estadual de Feira de Santana, cujo número do protocolo 170/2008 (CAAE 0170005900008).

Apresentação e Discussão dos resultados

A observação da prática da equipe (re)afirma as pesquisas realizadas na região do recôncavo baiano^{4,18,12,19} e corroboram com estudos realizados em outros estados brasileiros^{15,20,21,22}, quanto a Estratégia Saúde da Família estar ampliando o acesso a alguns serviços no nível básico da atenção, embora não tenha se constituído em espaço de atendimento que assegure o acesso do usuário em sua plenitude, enquanto 'porta de entrada' no sistema de saúde.

A persistência de tais problemas baseia-se na ineficácia dos sistemas de prevenção, na insuficiência de consciência sanitária que persevera em direção aos 'hábitos inadequados de saúde', como também na 'exclusão social' observada na maioria dos serviços de atenção pública²³. Aliado a tais problemas, observa-se uma rede de atenção insuficiente em relação à oferta de serviços na média e alta complexidade. Esses aspectos demandam de trabalhadores e gestores investimentos em atos promotores de saúde, articulados a investimentos adequados em termos de financiamento, de aquisição de pessoal e desenvolvimento de habilidades relacionais compatíveis com a integralidade do cuidado.

Partindo dessa assertiva, persiste nos cenários estudados problemas organizacionais relacionados à grande demanda reprimida e suas implicações para a garantia do acesso ao cardápio ofertado, nem sempre adequadamente capaz de satisfazê-lo em suas necessidades manifestas, o que oportuniza conflitos no processo de construção da prática de saúde. A demanda reprimida, conforme observado relaciona-se aos aspectos organizadores da prática e a persistente falta de resolubilidade em unidades de maior complexidade, entre outras questões.

Evidenciam-se critérios organizacionais como o cadastramento das famílias, ordem de chegada, prioridades para urgências/emergências e atenção programática, dirigida a grupos específicos como crianças, hipertensos, diabéticos, portadores de tuberculose, entre outros, pela recepção, lócus em que ocorre contato inicial do usuário na USF, retratados na **Figura 2**.

Além dos critérios dispostos, o cuidado é viabilizado para atendimento a qualquer cidadão que em situação de urgência/emergência necessite ser avaliado e não apenas para moradores da área, cadastrados pelos Agentes Comunitários de

Saúde (ACS). Esses critérios, por serem restritos em muitos aspectos, como número de atendimentos/dia, ordem de chegada, entre outros, favorecem a não resolução de parte apreciável das demandas do território social, desqualificando em parte o cuidado local empreendido.

Os critérios de marcação de consultas dos trabalhadores são variáveis e dependem da unidade e da equipe, com exceção do médico, que na totalidade das USF investigadas as realizava por meio de agendamento semanal. O atendimento de Enfermagem ocorre, geralmente, por demanda espontânea, exceto com relação aos grupos que são pré-agendados. Observa-se, no entanto, que em uma unidade o enfermeiro organiza sua prática paralela a prática médica, programaticamente.

O atendimento de saúde bucal ocorre de maneira distinta nas três unidades, variando a marcação em mensal, trimestral e sem período definido. Observa-se que, em todas as USF, os novos atendimentos, para realização do tratamento completo, são marcados após conclusão dos tratamentos anteriormente agendados, muito aquém da demanda real das áreas de abrangência das unidades. Entretanto, ainda assim, todos os odontólogos foram elogiados pela forma como desenvolvem suas práticas, certamente humanizadas em sua maioria, mas contraditórias em uma unidade, em que observamos o não acolhimento de um usuário, em situação de urgência, por esse trabalhador.

O atendimento em saúde de boa qualidade parece relacionar-se com a adoção de práticas acolhedoras e flexíveis em todos os momentos, compatíveis com a humanização do atendimento e princípios constitucionais, em que não cabem restrições numéricas na consideração do real acesso da população adscrita, beneficiada com seus serviços^{24,25}. Assim, a prática da equipe consideraria aspectos biopsicossociais, que para serem apreendidos suscitam acessibilidade real e longitudinalidade do cuidado conformado (contra) hegemonicamente e contrário a tantas restrições, como observado nos cenários investigados.

No entanto, a gestão municipal orienta as equipes a trabalharem com demanda organizada, preferencialmente, delimitando o número de vagas diárias. Particularmente, o acesso preferencial aos grupos específicos, como hipertensos, diabéticos e crianças, facilita a exclusão de grupos desprivilegiados, excepcionalmente, relativo ao gênero masculino. Entretanto, é preciso defender uma atuação pautada na defesa dos direitos dos usuários, compatível com o

desenvolvimento do vínculo-responsabilização, a partir da reversão do modelo de atenção procedimento-centrado, ajustando a análise de 'caso a caso'²⁵.

Os três cenários revelam que a autonomia dos trabalhadores, pouco modificam as formas de organização do acesso aos serviços. A oferta nem sempre é condizente com a demanda da unidade, levando expressiva parte de usuários a revelarem-se insatisfeitos, em alguns momentos, com a produção do cuidado local de saúde, o que sugere mudança da prática e do fluxo da atenção, como descrito na **FIGURA 3**.

Os trabalhadores ao incorporarem a integralidade às práticas diárias às transversalizam, com o auxílio da comunidade, em direção a (co)construção da autonomia, pautada em atos comprometidos com os processos sociais redimensionadores da prática de saúde. Essa necessária resignificação legitima a prática profissional para ampliação dos atos cuidadores centrados no usuário e em suas necessidades reais²⁶.

Algumas atividades realizadas foram determinantemente relacionadas à prática do enfermeiro, mostrando-se mais susceptível a novas posturas terapêuticas. A produção do cuidado realizada pelo referido profissional revela-se satisfatória para grande parte dos usuários. Entretanto, não havendo resolução de sua necessidade na atenção básica, o mesmo é encaminhado aos demais níveis de atenção do SUS, ponto crítico observado, pela demora no atendimento e indisponibilidade de vagas relacionadas a atendimento médico especializado, exames complementares e internações hospitalares (a atendimento médico especializado e exames complementares, contraditoriamente ao esperado - devido a estas constatações-, as internações hospitalares, sempre que necessário, não ocorrem com dificuldade, principalmente quando os trabalhadores dos diferentes níveis assistenciais têm vínculos estabelecidos anteriormente).

Entretanto, apreendem-se diferentes perspectivas no ato do cuidado: da subjetividade de usuários e trabalhadores; de situações demandadas por eles e de apoios de gestores, entre outras questões. Os demais aspectos que demonstraram qualificar o cuidado como acolher, estabelecer vínculo e valorização do respeito mútuo entre trabalhador e usuário configurou-se em diferentes sujeitos, como uma postura individual e singular que causavam (contra) produções no processo de cuidar como um todo, ou seja, são práticas diferenciadas que demonstram a responsabilização de alguns membros da equipe no ato do cuidado em saúde.

A pesquisa revelou contradições, em momentos pontuais, em que - mesmo na presença desses aspectos 'qualificadores do cuidado' - alguns sujeitos demarcavam sua postura pouco acolhedora em 'certos' momentos, valorizando a prática burocrática e procedimento-centrada. Sendo assim, foi possível perceber ações de educação continuada nos serviços e interface entre diferentes práticas, como eixos contra-hegemônicos relevantes, potenciais para contrapor cotidianamente o que está dado, na busca pela edificação do fazer saúde sob os pilares do cuidado integral, permitindo avançar qualitativamente no acesso por meio de uma prática diferenciada de equipe. Estes dados corroboram com estudos em outras realidades no contexto nacional ^{2,24,26, 27,28,29}.

Especificamente, em Odontologia, essa constatação é salutar, pois a disponibilização de uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) para duas equipes de saúde da família tem causado descontentamento de trabalhadores e usuários, que apontam críticas ao desenvolvimento das práticas de gestão focalizadas, pontuais e pouco resolutivas, incoerentes com as idealizadas pela comunidade; uma vez que, são responsáveis pelos freqüentes questionamentos e queixas por parte dos usuários.

Essas situações podem gerar demanda maior que a oferta, não apenas na busca por serviços odontológicos, mas em todas as ações dos diferentes trabalhadores de saúde, o que suscita oportunas reflexões oriundas do estudo: que aspectos perpetuam práticas coerentes com a manutenção de uma demanda reprimida? Que desdobramentos práticos conformam-se em decorrência da não resolução de volumosas demandas dos usuários?

As considerações tecidas até aqui, mostram de alguma forma práticas orientadas para o atendimento de problemas de saúde por meio de demanda organizada ou espontânea, centrada na 'lógica' queixa-conduta. No entanto, independente da unidade pesquisada, algumas situações são observadas: a falta de material atrasa os atendimentos em todos os contextos; o aumento da demanda no primeiro dia útil é reforçada pelo não funcionamento da unidade em fins de semana; e descrédito do usuário em relação a resolubilidade do seu problema na atenção básica, entre outros. Essas situações dificultam conceber a ESF como "porta de entrada" do sistema de saúde de forma plena, o que leva o usuário a buscar satisfação de suas necessidades em outros níveis de atenção, representado na Figura 4.

O acesso aos serviços básicos de saúde tem melhorado inegavelmente com a implantação da ESF. No entanto, ainda persiste o caráter segmentado e desarticulado no âmbito interno do sistema público. Essa afirmativa independe da localização da unidade estar em perímetro urbano ou rural; do procedimento ou atendimento pretendido pelo usuário; do caráter do atendimento ser urgente ou não; como também, quando relacionado às cotas insuficientes para consultas médicas especializadas, procedimentos odontológicos específicos ou exames complementares, encaminhados por guias de encaminhamento e ficha de referência e contra-referência, que geralmente não retornam contra-referenciadas, embora trabalhadores assegurem discutir a importância do retorno clínico às unidades de primeiro nível de atenção.

Salienta-se a necessidade de atentar para a luta da saúde como um bem público e que, portanto, demanda mudanças nas práticas empreendidas, com efetiva discussão e participação social para prováveis mudanças na gestão do SUS. Esse desafio deve comportar abordagens, não apenas curativas e reabilitadoras dos trabalhadores, mas, sobretudo, contemplar atos de promoção e prevenção a partir do desenvolvimento de trabalhos articulados entre os membros da equipe⁶.

Por conseguinte, em uma das unidades, a maioria dos trabalhadores abre-se a novas possibilidades: maior participação comunitária na construção coletiva do cuidado, realização de expressivas ações extras-muro, horizontalização de poderes e saberes na unidade, entre outros, 'desarmando-se' parcialmente das 'recomendações' condizentes com ações focalizadas e restritas a determinados grupos, procurando avançar por meio de ações compatíveis com as empreendidas por uma "equipe integração". Nessa USF, com exceção do profissional médico, que é frequentemente substituído, a maioria dos trabalhadores está inserida há mais de cinco anos, aspecto possivelmente relacionado ao estabelecimento do vínculo-responsabilização entre equipe e usuários e ampliação dos atos terapêuticos por eles estabelecido, (co)responsabilizados e atestados na observação sistemática desta.

Por esse aspecto, múltiplas questões relativizam os olhares acerca do cuidado no município investigado: o número de trabalhadores de saúde x demanda populacional; a aceitação (ou não) do modelo de atenção adotado pelo município, a postura dos trabalhadores em relação à adoção ou não de atitudes acolhedoras às demandas dos usuários, aspectos que suscitam que o paciente chegue cedo e

enfrente incontáveis filas em busca de atendimento para garantir seu direito à saúde universal. Essas implicações demandam, portanto, o uso de diferentes tecnologias, aptas a reflexão dos sujeitos imersos na produção do cuidado para juntos qualificarem a atenção à saúde e a defesa da vida.

Considerações finais

O fluxograma se mostrou uma ferramenta potente para perceber os limites existentes no serviço de saúde, a partir de um olhar sobre os processos de trabalho. Dentre esses limites, evidencia-se que na ESF são realizadas ações programáticas e procedimentos específicos por meio de demanda espontânea e organizada, preferencialmente para usuários cadastrados na área de abrangência da unidade pelos ACS. A prática da equipe é ainda procedimento-centrada e determina o acesso a partir dos problemas de saúde dos grupos populacionais específicos e de ações programáticas, exceto em situações de urgência, em que qualquer cidadão é atendido.

Observa-se que a responsabilização do cuidado não é em equipe, e sim, centrada em alguns profissionais. As ações empreendidas pela equipe envolvem as atividades clínicas, curativistas, e, também ações preventivas e de promoção da saúde.

A dificuldade enfrentada pela população, na busca de garantir o acesso aos serviços de saúde, revelou a predominância de relações que variam de satisfatórias a conflituosas, por ocasião da baixa resolubilidade frente às necessidades demandadas na unidade.

Assim, o processo de cuidar pode-se revelar como ações que buscam resolver as necessidades dos usuários, com ferramentas que vão além da execução de conhecimentos técnicos, cientificamente fundamentados, mas que também se apropriam do campo subjetivo, marcados pela capacidade de ouvir o que o outro tem a dizer, de se aproximar de seu mundo, de enxergá-lo em sua totalidade.

O estudo, ainda, sinaliza a necessidade de avançar no uso de ferramentas tecnológicas diversificadas - em todos os cenários pesquisados-, capazes de (re)significar o processo de trabalho, em função de superar uma prática centrada na queixa-conduta, de baixa resolubilidade, potencializadora de conflitos e insatisfações entre sujeitos-cuidadores (trabalhadores de saúde) e sujeitos sob intervenção (usuários). Para tanto, a prática dos referidos sujeitos envolvidos na atenção deve

pautar-se em encontros permanentes, de forma horizontal, que valorize reflexões e práticas sobre o saber-fazer, orientando os atos da equipe à integralidade do cuidado e a mudança do modelo.

Referências

1. Assis MMA, Cerqueira EM, Nascimento MAA, Santos AM, Abreu-de-Jesus WL. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. *Revista APS* 2007; 10 (2): 189-99.
2. Assis MMA, Nascimento MAA, Franco TB, Jorge MSB, organizadores. *Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários*. Salvador: Edufba; 2010.
3. Barembli G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes*. 3 ed. Rio de Janeiro: ABDR; 1996.
4. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática da saúde bucal no Programa de Saúde da Família de Alagoinhas - BA. *Rev C S Col* 2006; 11(1): 53-61.
5. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública* 2001; 5(1): 103-109.
6. Assis MMA, Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Rev C S Col* 2003; 8(3): 815-23.
7. Abreu-de-Jesus WL, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Rev C S Col* 2010; 15 (1):161-70.
8. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Rev C S Col* 2006; 11(4):975-86.
9. Unglert CVS. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. *Rev Saúde Pública* 1990; 24(6):445-52.
10. Lima MADS. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paul Enferm* 2007; 20(1):12-17.
11. Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(1):75-85.
12. Rodrigues AAAO, Assis MMA. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no Programa Saúde da Família em Alagoinhas - Bahia. *Rev*

Baiana Saúde Pública 2005; 29(2):273-85.

13. Merhy EE, Chakkour M, Stéfano E, Stéfano ME, Rodrigues AR et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde. In: Merhy EE, Onocko RT, organizadores. *Agir em Saúde um desafio para o público*. 3 ed. São Paulo: Hucitec; 2007. p.113-150.

14. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde um desafio para o público*. 3 ed. São Paulo: Hucitec; 2007, p. 71-112.

15. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli R, Franco TB, organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003, p.37-54.

16. Bahia. Feira de Santana. 2010. Disponível em: <http://www.feiradesantana.ba.gov.br>>. Acesso em: 18 abr. 2010.

17. Brasil. Ministério da Saúde. 2009. Disponível em: <<http://www.datasus.com.br>>. Acesso em: 18 abr. 2010.

18. Rodrigues AAAO. *Construção de sujeitos, saberes e práticas na saúde bucal de Alagoinhas - BA: o trabalho cotidiano no Programa de Saúde da Família como protagonista da mudança*. [Dissertação]. Feira de Santana: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana; 2005.

19. Rodrigues AAAO, Assis MMA. *Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família: sujeitos, saberes e práticas*. Vitória da Conquista: Ed. UESB; 2009.

20. Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev de Saúde Pública* 2006; 40 (4):723-33.

21. Leal ACA, Souza CMA, Varjão GP, Costa IM, Gomes NP, Ramos PR. Hanseníase: um problema de conhecimento e de cuidado. In: Gomes NP, Ramos PR, organizadores. *Saúde e Enfermagem: a pesquisa como valor na formação profissional*. Rio de Janeiro/ Petrolina: Booklink/Univasf; 2008. p.75-100.

22. Leal ACA, Ramos PR, Gomes NP, Bezerra FS, Alves SP, Santos JNB. A relevância da fitoterapia na formação do profissional em enfermagem. In: Gomes NP, Ramos PR, organizadores. *Saúde e Enfermagem: a pesquisa como valor na formação profissional*. Rio de Janeiro/ Petrolina: Booklink/Univasf; 2008. p.101-120.

23. Franco TB, Andrade CS, Ferreira VSC. A Produção Subjetiva do Cuidado. Cartografia da Estratégia Saúde da Família. São Paulo: Hucitec; 2009.

24. Campos RTO, Campos GWS. Co-construção da autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. 1ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz; 2006. p. 669-88.

25. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada na prática. *Cad. Saúde Pública* 1997; 13(3): 469-78.
26. Santos AM, Assis MMA; Nascimento MAA, Jorge MSB. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família. *Rev de Saúde Pública* 2008; 42(3): 464-70.
27. Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.
28. Campos GWS. *Um método para a análise de co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec; 2000.
29. Campos GWS. Saúde Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. *Olho Mágico* 2003; 10(2):7-14.

ANEXOS

FIGURAS

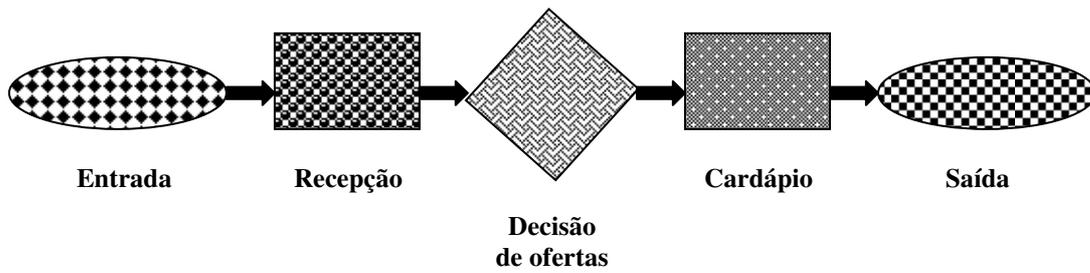


Figura 1: Fluxograma analisador do caminho percorrido pelo usuário ao buscar atendimento nos serviços de saúde.

Fonte: Merhy (2002, 2006).

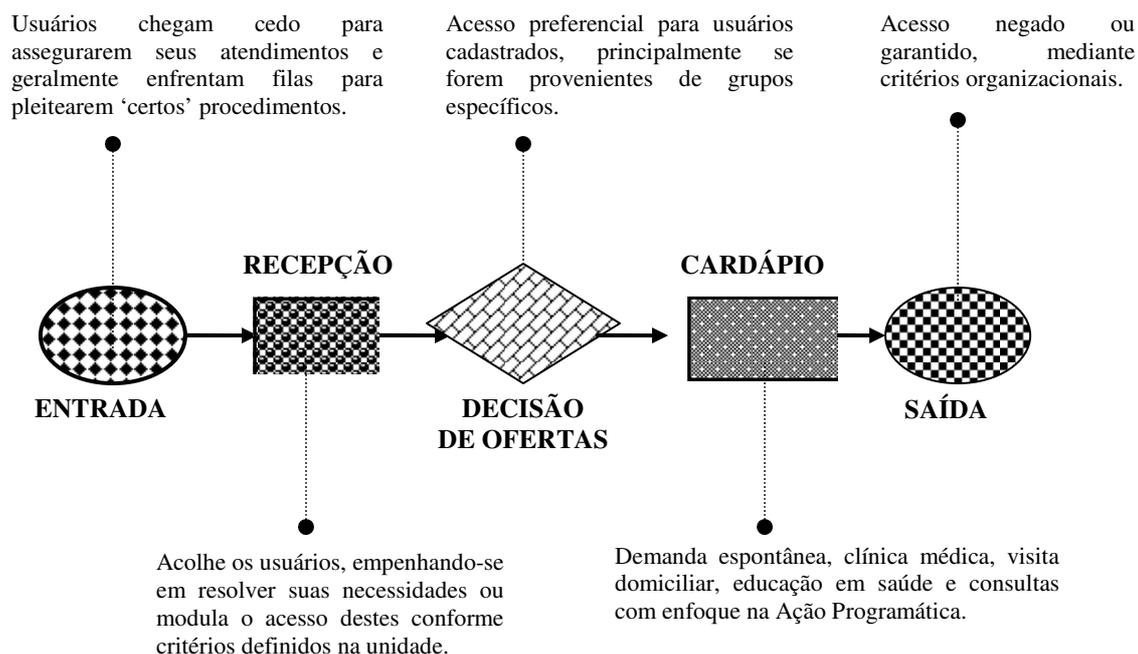


Figura 2: Fluxograma analisador do acesso de usoários à uma Unidade de Saúde da Família (USF).

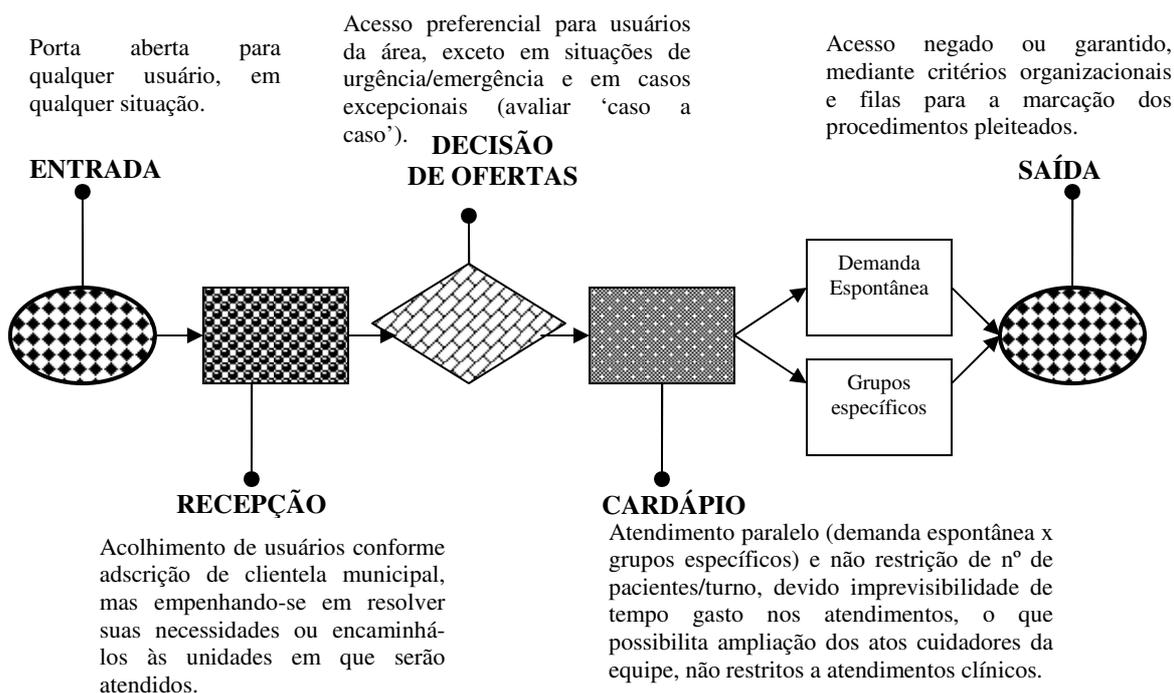


Figura 3: Fluxograma analisador do caminhar do usuário ao buscar atendimento na USF: acesso, oferta e demanda.

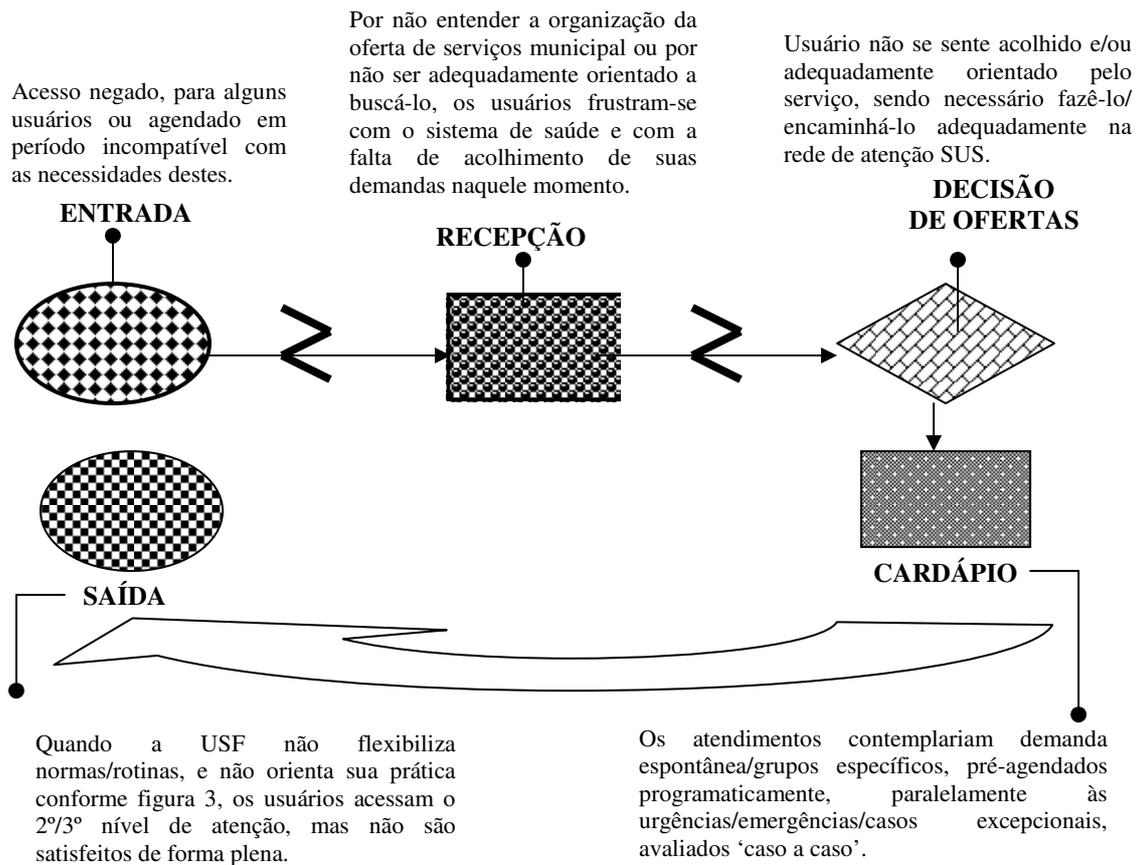


Figura 4: Fluxograma analisador do caminhar do usuário ao buscar atendimento nos serviços de saúde e não obter acesso e atendimento de suas necessidades

ARTIGO 2

3.1.2: VÍNCULO E RESPONSABILIZAÇÃO COMO DISPOSITIVOS PARA PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

PRODUCTION OF CARE IN FAMILY HEALTH STRATEGY IN A SCENE OF BAHIA: ACCESS, LINK AND RESPONSABILITY?

AUTORES:

Anne Caroline Amorim Leal

Marluce Maria Araújo Assis (orientadora)

Adriano Maia dos Santos (pesquisador NUPISC)

Resumo:

O estudo teve por objetivo a análise do vínculo-responsabilização das equipes de Saúde da Família em um cenário do recôncavo baiano, Brasil, no ano de 2009. Técnicas de coleta de dados: entrevista semi-estruturada e observação sistemática. Sujeitos do estudo: grupo I (18 trabalhadores de saúde), grupo II (9 usuários), grupo III (2 gestores). Os resultados revelaram que o primeiro contato do usuário com a unidade de saúde da família é realizado na recepção, espaço privilegiado para utilização das tecnologias leves, sendo manifestado de forma tensa e conflitante, porém com potencialidade para construir novas formas de acolher o usuário. O processo terapêutico ocorre de distintas maneiras: consulta clínica, atendimento de urgência, retornos programados, educação em saúde, visitas domiciliares, reuniões de equipe e desta com a comunidade ou mediante encaminhamentos externos a outros serviços da rede. Contudo, as equipes de saúde imprimem diferentes formas de "atenção" na porta de entrada, ficando na dependência do comprometimento e subjetividade dos sujeitos que atuam na prática e do desenvolvimento ou não do vínculo-responsabilização na (co)produção do cuidado.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família. Prática de Saúde. Vínculo. Responsabilização.

Abstract:

This paper discusses the practice of health staff at the Family Health Strategy (FHS), which occurs through access to services, transversalized by the possibility of development of the link-responsibility in Bahia, Brazil in 2009. This is a qualitative research, with the techniques of data collection: semi-structured interviews and systematic observation. The flowchart analyzer guided the data analysis. The study subjects were 29 people: group I (health workers-18): group II (users-9), group III (managers - 2). Results showed that access occurs preferentially through the arrival order, the family registration and programs aimed at specific groups. The initial contact in the "Family Health" is held at reception, a privileged space for the use of soft technology, being manifested in a tense and conflicting way, but with the potential to construct new ways to welcome the user. The practice procedure guides

focused attention on the FHS, emphasizing also the emergency room, pictured in emergency/ urgency care. The therapeutic process varies: clinical appointment, emergency care, scheduled returns, health education, home visits, team meetings and with the community or by referral to other network services. However, the health teams perform various forms of "attention" at the entrance, being dependent on the commitment and subjectivity of that work in practice and the development or not of the link responsibility in the (co) production of care. The network of relations established in practice for health care manifests itself from different carer acts of subjects intertwined in practice (management, workers and users), according to the uniqueness and commitment of everyone who works in the strategy, which depending on the intent, express several degrees of link- responsibility. However, some activities performed by nurses were more susceptible to new therapeutic attitudes, expressed by the users' satisfaction. The study highlights the need to advance in the (re) signification of practices to enhance the improvement of access at "gateway" system.

Keywords: Access to Health Services; Family Health Program; Team. Health Practice; National Health System; Link-responsibility.

1 Introdução

A prática em saúde requer o engendramento de processos de trabalho que primem pela criatividade na condução das distintas tecnologias, visando o desenvolvimento de vínculo e responsabilização na produção do cuidado. Para tanto, requer a centralidade do usuário nas práticas, por meio do acolhimento às demandas, buscando conformar um modelo de atenção à saúde, pautado nos atributos que conformam a Atenção Primária à Saúde, tendo como locus de atenção o Programa Saúde da Família, como nível de atenção de primeira escolha e coordenador do cuidado, batizado por princípios de universalidade, equidade e integralidade.

Ao problematizar o modo como opera o trabalho em saúde, Merhy (2002) discute o "trabalho vivo", enfatizando a preponderância, mas não exclusividade, dos elementos relacionais na construção do ato de cuidar. Assim, o autor cartografa o trabalho em saúde e destaca as diferentes tecnologias necessárias para sua efetivação: as máquinas e instrumentos, os conhecimentos/ saberes e o ato relacional. O "trabalho vivo" reúne as diferentes tecnologias na medida necessária para resolver o problema de saúde, considerando as singularidades e os fluxos de afetamento que interagem entre o trabalhador de saúde e o usuário, em ato.

Por esse prisma, os produtos gerados por meio do trabalho em saúde devem compor elementos de promoção, prevenção, cura e reabilitação conforme as

demandas sociais. Nas práticas os trabalhadores devem, portanto, assumir o compromisso com o cuidado das pessoas, articulando o arsenal técnico (núcleo do saber), compartilhando com outros trabalhadores em equipes interdisciplinares (campo do saber), valorizando as intersubjetividades do cuidado (ética), catalisando os diferentes interesses dos sujeitos (política), tendo como norte a garantia da saúde como direito de cada cidadão.

O vínculo e a responsabilização, objeto de análise do presente artigo, considerados dimensões de análise da produção do cuidado em saúde, conforme discute Assis *et al.* (2010), são aderentes as proposições de tecnologias relacionais que incidem sobre os processos de trabalho e sugerem novas formas de organizar o cuidado, desencadeando a criação de práticas diferenciadas na saúde, adequadas para (re)orientar processos de trabalho em direção ao seu desenvolvimento em equipe. Portanto, compatível com a horizontalização de saberes e fazeres integrais de saúde.

O trabalho desenvolvido por equipes multiprofissionais, como proposto na Estratégia Saúde da Família (ESF), enquanto estratégia reorientadora da Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser constituída de práticas alicerçadas na adoção de tecnologias adequadas a depender da natureza das demandas. Contudo, advogamos que a valorização das tecnologias relacionais amplia os atos terapêuticos e potencializa a autonomização dos usuários, questões imprescindíveis para a consolidação de práticas estáveis, pessoais e duradoras (longitudinalidade), fortalecendo os atributos que garantem à Saúde da Família um papel de destaque como estratégia para organização do modelo de atenção à saúde no Brasil.

Nessa óptica, estabeleceu-se o seguinte objetivo: analisar o vínculo e a responsabilização, enquanto dispositivos para produção do cuidado em saúde, presentes nas práticas dos trabalhadores de saúde no contexto das equipes de Saúde da Família, em um cenário do Recôncavo baiano.

2 Trajetória Metodológica

A pesquisa foi realizada em cinco Unidades de Saúde da Família (USF), em cidade do Recôncavo baiano, de julho a dezembro de 2009. Os sujeitos do estudo foram organizados em três grupos, compostos por 29 sujeitos, ordenados como: Grupo I: 18 trabalhadores de saúde (03 médicos, 03 enfermeiros, 03 odontólogos, 06 técnicos de enfermagem e 03 Agentes Comunitários de Saúde); Grupo II: 09

usuários dos serviços ofertados pelo PSF; Grupo III: 02 gestores (01 coordenador do PACS e 01 supervisor do PSF).

Os trabalhadores de saúde e gestores foram escolhidos de forma intencional, enquanto que, os usuários foram escolhidos aleatoriamente durante a observação sistemática. Os critérios de inclusão das USF foram: 1) ter equipe completa; 2) trabalhadores de saúde com inserção mínima de seis meses na equipe; 3) concordarem com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram orientados por roteiros contendo informações pertinentes sobre os participantes do estudo em relação ao desenvolvimento de vínculo-responsabilização durante a oferta de serviços; forma de atendimento na recepção da unidade e, também, pela equipe de saúde; serviços ofertados (tipo de atendimento, número de vagas, critérios de marcação de consulta, entre outros); aspectos relacionais estabelecidos entre usuários e trabalhadores no curso do cuidado; forma de definição do projeto terapêutico e possibilidade de participação do usuário. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. As observações das práticas foram registradas em diário de campo.

A análise dos dados foi orientada pela técnica de análise de conteúdo temática com base em Minayo (2008) e pelas observações da prática que permitiram análise de elementos subjetivos referentes às diversas ocasiões em que ocorreu o desenvolvimento de vínculo-responsabilização na produção do cuidado. A unidade temática central apreendida no estudo foi vínculo e responsabilização na Estratégia Saúde da Família: dispositivos para produção do cuidado em saúde, desdobrada em duas sub-unidades. O momento da recepção: tensão e negociação; e os momentos do cuidado em saúde: a produção dos dispositivos de vínculo e responsabilização

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Estadual de Feira de Santana, com protocolo de nº 170/2008 (CAAE 0170005900008).

3 Vínculo e responsabilização na Estratégia Saúde da Família: dispositivos para produção do cuidado em saúde

3.1 O momento da recepção: tensão e negociação

A busca do usuário pelo atendimento na ESF inicia-se na recepção, ou seja, trata-se do espaço que poderá influenciar toda a dinâmica do cuidado, bem como

poderá fortalecer ou fragilizar o vínculo com o estabelecimento de saúde. Percebe-se que, ao limitar o atendimento a um número especificado previamente de atendimentos, os trabalhadores na recepção terão de negociar, com os usuários que procurarem o serviço, estratégias que considerem a capacidade real de consultas (oferta) e as demandas apresentadas pelos usuários.

Essa tensão afeta os trabalhadores e os usuários e delinea o perfil do serviço de saúde. Assim, quando há negociação e acolhimento, com priorização das demandas, bem como, novo agendamento dos casos que podem ser atendidos em outros dias e/ou horários, ou ainda, quando existe uma preocupação em identificar pessoas e situações que são prioritárias e que, portanto, não devem ser adiadas; nesse caso, a recepção utiliza-se dos dispositivos vínculo e responsabilização para consubstanciar a produção do cuidado.

Por outro lado, quando a recepção comporta-se como um lugar burocrático, prescritivo, sem levar em consideração as demandas cotidianas, há uma ruptura na confiança dos usuários com o serviço, ao mesmo tempo em que, reproduz a fragmentação do processo terapêutico, podendo inclusive, ser produtor de iatrogenias, de mais doenças e mortes evitáveis. Nesse caso, a “porta de entrada” não será a preferencial, não será legitimada pela população, cindindo a possibilidade de que a ESF torne-se o local de primeiro contato.

A recepção pode ser organizada por critérios como o cadastramento familiar realizado pelo ACS, ordem de chegada, programas governamentais pré-estabelecidos, atendimento preferencial para grupos específicos, pronta atenção às urgências, entre outros. Até porque, muitas equipes têm um número excessivo de população adscrita, trabalham em condições precárias, não contam com uma rede de referência para cuidados complementares, atendem uma população, historicamente, excluída e que, por isso, acumulam demandas de toda natureza; sem esquecer-se dos desejos criados a partir de uma sociedade medicalizada e pouco afeita aos cuidados preventivos e promocionais.

Para Mattos (2009, p.374) práticas não acolhedoras e operacionalizadas apenas por normas tendem a “levar o usuário que não conseguiu lograr o acesso ao serviço que pensava necessitar a concluir que ele precisa de um plano de saúde [...]. Ou seja, [...] além de obstruir o acesso [...], corrói a legitimidade do SUS”.

Por todas as questões levantadas, uma defesa ingênua de uma recepção que recebe tudo seria uma incoerência. Portanto, o vínculo possibilita a criação de

laços fortes e duradouros que encontram ressonância na população que passa a ser ouvida e a ouvir os dilemas do sistema de saúde. O vínculo, produto de uma equipe responsável, possibilita a produção subjetiva do cuidado e o alastramento de boas práticas em todo o território, visto que, a comunidade passa a ser cúmplice de seu cuidado, reconhece a equipe como cuidadora e viabiliza a sustentabilidade de um modelo de atenção que se propõe realizar o cuidado ao longo do tempo e, permanentemente.

No município investigado, percebeu-se que os usuários ao procurarem a recepção da unidade para suprir as suas demandas de saúde, deparavam-se com divergências entre a realização ou não do acolhimento, por consequência dos limites estabelecidos às ações e serviços ofertados nas unidades de saúde. Por sua vez, quando acessavam os serviços, os procedimentos eram, preferencialmente, limitados a avaliações clínicas, com predominância de procedimentos, sem valorização das tecnologias relacionais, com baixa responsabilização pelo processo terapêutico longitudinal, aumentando a insatisfação do usuário e contribuindo para esgarçar o vínculo com a atenção primária.

Os dados empíricos revelaram que as demandas de atendimento que chegam à recepção, geralmente têm desfechos variados, dependendo da ética do sujeito que recepciona e de sua inclinação para atentar às particularidades da situação de saúde do usuário ou para orientar atos terapêuticos modulados, apenas, por normas, rotinas, fluxogramas e cronogramas previamente estabelecidos na unidade. Tudo isso, desencadeia, em alguns momentos, o não acolhimento de usuários, mesmo quando se encontram com múltiplas formas de vulnerabilidade e risco de algum agravo.

O encontro entre trabalhador e usuário, na porta de entrada, tem capacidade para, em ato, ocorrer sem imposição de barreiras burocratizantes. Posto que, o trabalhador ao perceber a demanda do usuário e julgar pertinente o atendimento imediato, possivelmente o acolherá e o encaminhará prontamente ao atendimento adequado, quer seja por um profissional ou uma equipe, na própria unidade ou em outro estabelecimento de saúde, agindo como coordenador dos cuidados. Contudo, as entrevistas e observação da prática revelaram circunstâncias em que os usuários tiveram dificuldade em acessar o sistema de saúde mesmo quando, em situações de urgência, traziam crianças e jovens para atendimento na unidade de saúde. Esses episódios desencadeavam interferência de outros usuários, indignados com os

ruídos advindos das práticas inadequadas de saúde, que lamentavam a não garantia de seus direitos de cidadania, contrariando, a legislação que assegura a universalização do acesso à saúde como um direito de todos.

Esse aspecto foi observado nas recepções de duas unidades pesquisadas. Os problemas incidiam nos aspectos éticos, pois a técnica de enfermagem que fica na recepção portava-se de maneira agressiva com os usuários, criando situações de tensão; e incidiam, ainda, nos aspectos técnicos, posto que a referida trabalhadora não informava a médica quanto à presença de usuários com necessidades de atendimento preferencial naquele momento, desenvolvendo uma prática limitada, com comportamentos relacionais incompatíveis com a função; orientando-se, inclusive, por conhecimentos técnicos inadequados, implicando em aumento do risco para o usuário.

Contrapondo a atitudes como essas, a tecnologia leve (acolhimento, vínculo e responsabilização), de acordo com Andrade, Barreto e Bezerra (2006), deve desenvolver-se em espaços da unidade de saúde, como a recepção, possibilitando amenizar situações de tensão, tais como observado nas unidades relatadas. Entretanto, exige mudanças organizacionais nos processos de trabalho e, ainda, revisão de posturas dos trabalhadores, conformando sujeitos comprometidos com a saúde da população. Pois, caso contrário, como afirmam Assis, Villa e Nascimento (2003), a falta de acolhimento poderá favorecer um acesso excludente, ainda que universalmente previsto em Lei, o que leva ao questionamento de sua qualidade, quando ocorrem situações conflituosas e restritivas das ações efetivamente realizadas.

Os critérios relativos ao acesso nas recepções das unidades, que confirmam o vínculo e a responsabilização, desencadeavam diferentes formas de agir dos trabalhadores de saúde nas unidades pesquisadas, tendo em comum: a escuta atenta, o diálogo respeitoso e a busca por mediar os limites impostos pela própria organização do serviço na rede. Por outro lado, considera-se que os informes com o quantitativo de consultas por trabalhador, a organização do atendimento por ordem de chegada, dias e turnos em que grupos específicos serão atendidos, entre outros, relacionavam-se a tentativa em responder a grande demanda espontânea e reprimida. Situação, também, retratada em estudos de Santos e Assis (2006) e Rodrigues e Assis (2009), em um município da região nordeste da Bahia.

Por conseguinte, a demanda reprimida e as barreiras relacionais, impostas para o atendimento na recepção, influenciam a satisfação dos usuários e, quando somadas à demora no atendimento e à organização do fluxo, centrado na atenção programática, contribuem para esmaecer o desenvolvimento do vínculo entre os membros da equipe e parte considerável dos usuários. Esta situação, evidenciada por dados empíricos, agrava-se pela demora no acesso às consultas especializadas e por atraso no recebimento de resultados dos exames complementares.

Aspectos como os empreendidos até o momento perpetuam as práticas procedimentais-centradas e ratificam o descompasso causado pela própria Atenção Básica quando se sustenta em posturas, preferencialmente, tecnicistas dos trabalhadores de saúde, inviabilizando a construção de uma clínica ampliada (CUNHA, 2005). Concordando com o autor, afirma-se que, no cenário local, esses aspectos influenciaram as práticas dos trabalhadores, pois muitos não se responsabilizavam efetivamente pelos problemas apresentados. Nesse sentido, compromete-se o primeiro nível de atenção à saúde, favorecendo a persistência de agravos evitáveis e controláveis, além da não realização do acompanhamento dos usuários ao longo do tempo.

Essa distorção que orienta as práticas de alguns trabalhadores da saúde compromete a produção do cuidado e é, indubitavelmente, responsável pela persistência de um modelo de atenção pouco resolutivo e, frequentemente, criticado pela população, formuladores de políticas e pelos próprios trabalhadores.

3.2 Os momentos do cuidado em saúde: a produção dos dispositivos de vínculo e responsabilização

A prática da equipe estabelece-se a partir de um cardápio variado de ações dadas *a priori* pela equipe de Saúde da Família (ESF), por meio de problemas de saúde mais corriqueiros na comunidade ou que atendam ao perfil dos trabalhadores (competências). Nesse sentido, as principais práticas desenvolvidas são as avaliações clínicas com foco nas queixas dos usuários, atenção realizada em nível domiciliar, ações coletivas (palestras), reuniões de equipe e reuniões com a comunidade.

As atividades realizadas pelos trabalhadores, nas equipes, contavam, ainda, com o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), em uma USF; com o apoio de estudantes e uma professora da Universidade Estadual de Feira de

Santana, em outra. Além disso, as provocações de uma trabalhadora de saúde que, em virtude de inquietações provenientes do curso da pós-graduação em Linhas do Cuidado que frequentava, fazia pulsar a 'produção local de saúde', em outra unidade sob investigação. Essas parcerias configuravam aspectos relevantes para o (re)dimensionamento das práticas de saúde nas referidas unidades, fortalecendo a construção de uma clínica ampliada na Atenção Básica (CUNHA, 2005).

Em todas as unidades pesquisadas percebeu-se que a prática permanece concentrada na queixa-conduta, com pouco espaço para as tecnologias que potencializem o vínculo. Nesse sentido, os trabalhadores pesquisados realizam outras ações para além das programáticas; ainda que estas configurem parte expressiva de suas atividades cotidianas, o que caracteriza a predominância de atividades clínicas individuais em detrimento das ações coletivas. Portanto, a USF limitou-se a uma reestruturação produtiva ao invés de construir uma transição tecnológica (MERHY, 2002).

Parte dessa constatação deve-se, segundo os entrevistados, a demanda historicamente reprimida, a dificuldade de mudar as práticas diante da pressão por atendimento e da própria matriz de formação dos trabalhadores. Implica, portanto, na reformulação ampla de aspectos ligados a formação nas universidades; na condução de processos de educação permanente; na construção de uma política de gestão do trabalho; na organização de uma rede de cuidados; no apoio matricial; e na ênfase em políticas intersetoriais, para que os eventos ligados ao processo saúde-doença sejam reconhecidos como resultados de todas as políticas municipais e regionais. Ou seja, não é uma responsabilidade restrita ao setor saúde, muito menos a um grupo de trabalhadores. Dessa forma, ainda que se aposte na micropolítica como desencadeadora de processos potentes de transformação nas práticas cotidianas, percebe-se um limite que constrange tentativas de recondução dos modelos de atenção a partir, somente, de outros núcleos tecnológicos.

Ainda segundo os dados coletados, o quantitativo de consultas é insuficiente sob a ótica dos usuários, para a maioria dos procedimentos realizados pelos diferentes trabalhadores. Entretanto, esse critério quantitativo pareceu mais adequado para os gestores e trabalhadores, que tentam programar as atividades segundo critérios técnicos (turno/dia de atendimento), nem sempre em consonância com as demandas reais. Ainda que isso possa ser previamente negociado, esses quantitativos de procedimentos costumam extrapolar os tênues limites

“tecnicamente” estabelecidos, acarretando em incontestáveis manifestações de ansiedade/insatisfação da população que busca a unidade de saúde.

Outras ações de saúde realizadas pelos trabalhadores inseridos no PSF evidenciam as discussões apresentadas. As reuniões de equipe ocorrem geralmente para planejar ações na área de atuação; algumas vezes, incluem as demandas apreendidas na comunidade, em outras ocorrem em função da tentativa de desenvolver alguma ação programática, inclusive, a tentativa de implantação de conselhos locais de saúde. Ações como salas de espera, oficinas, feiras de saúde e outras, costumam ser realizadas a partir de programações prévias estabelecidas em equipe ou fruto de rotina traçada verticalmente pelos gestores municipais, estaduais e/ou federais.

As ações coletivas são realizadas pela maioria dos trabalhadores de saúde, tanto na unidade de saúde, quanto nos diferentes equipamentos sociais dispostos na área de abrangência. Essas atividades são direcionadas, preferencialmente, aos grupos específicos por meio de atividades informativas (palestras), compatíveis com os problemas ou necessidades de saúde; que são detectadas durante as consultas clínicas dos trabalhadores de nível superior, por demandas trazidas pelos ACS, sugeridas pela coordenação das equipes ou, ainda, orientadas pelo diagnóstico situacional do território, freqüentemente realizado durante a implantação da estratégia.

A interação da equipe de saúde com o NASF, estudantes e professores da UEFS e a inserção de trabalhadores das equipes em pós-graduação em Saúde Coletiva (Linhas do Cuidado) revelaram possibilidades de qualificação das práticas e ampliação da clínica. Tais intercâmbios, também, permitiram aumentar a satisfação de usuários, que percebem o desenvolvimento da prática pautada na integralidade da atenção e incremento do vínculo e da responsabilização, posto que a interdisciplinaridade favorece o desenvolvimento do acolhimento e o (re)ordenamento de posturas e atitudes dos sujeitos. Todavia, esses avanços costumam ser contrapostos pelos atravessamentos de alguns trabalhadores que, por não se adequarem ao perfil necessário para o desenvolvimento do trabalho na referida estratégia, permanecem resilientes a toda tentativa de mudança.

Uma ação potente para o desenvolvimento do vínculo e, conseqüente, responsabilização da saúde familiar impõe-se por meio da realização de atenção domiciliária, caracterizando o domicílio como espaço privilegiado para o

estreitamento de relações e, destarte, a percepção de fatores de risco e vulnerabilidades, favorecendo a melhor compreensão do processo saúde-doença da família e da comunidade.

Em uma das unidades investigadas, observou-se a realização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) de um idoso com escara em membro inferior. O trabalhador que o atendeu no domicílio referiu tê-lo assistido em outro momento, por ocasião de evento semelhante, e informou o sucesso da condução terapêutica realizada anteriormente por meio de internação hospitalar, por necessidade de antibioticoterapia e debridamento da escara. Na ocasião, percebeu-se que essas condutas seriam novamente necessárias para a melhoria de saúde do usuário, em virtude de que o ambiente domiciliar estava interferindo negativamente na evolução do quadro clínico. No entanto, os atos da equipe foram discutidos com a família e acordados de forma acolhedora, por estabelecer-se em meio ao desenvolvimento de vínculo entre os sujeitos e a responsabilização da equipe para a melhoria do caso. Esse exemplo explicita a potência das tecnologias quando adequadamente utilizadas, posto que houve a necessidade de instrumentos e medicamentos (tecnologia dura), conhecimento técnico qualificado (leve-dura) e conteúdo relacional (tecnologia leve), numa articulação interdisciplinar, na qual o trabalho vivo em ato operou para a produção do cuidado. Nesse sentido, a ESF, ainda, trabalhou como coordenadora do cuidado, qualificando a porta de entrada.

O exposto acima evidencia, além disso, ações integradas entre os membros da equipe, em defesa da vida do usuário, porém, esta forma de trabalho não se configura como a prática da maioria das equipes que compõem as unidades investigadas, mesmo que ocorra certo movimento na direção dessa construção em seus processos de trabalho. Percebe-se em uma das unidades de saúde, no entanto, que o vínculo estabelecido entre os membros da equipe e entre eles e a comunidade, desenvolve-se de forma diferenciada em virtude do tempo que estão atuando no mesmo território (pelo menos cinco anos).

Ao analisar algumas falas constata-se que trabalhadores (co)responsabilizavam usuários por seus tratamentos, revelando, nesses casos, a possibilidade de construção terapêutica compartilhada e não apenas fragmentada no saber específico do trabalhador. A divisão de responsabilidades aqui analisada, entre trabalhador e usuário, sinaliza uma tendência a lógica usuário-centrada, pautada no desenvolvimento da autonomia crescente destes, compatível com

discussões teóricas realizadas em diferentes regiões brasileiras (RODRIGUES; ASSIS, 2005; OLIVEIRA; SPIRI, 2006; FRANCO; BUENO; MERHY, 2003).

Constatou-se, também, em três unidades observadas, momentos de tensão na produção da prática de saúde, todavia, quando o acolhimento transversalizava a atenção, por evidenciar as subjetividades dos usuários e direcionar as atitudes dos trabalhadores, estes, eram amenizados e mesmo que o 'problema de saúde' não fosse resolvido, naquele momento, o usuário sentia-se satisfeito em esperar a sua posterior resolução.

Nesse contexto, RODRIGUES; ASSIS (2009, p. 53) apontam que “a tecnologia leve, ou seja, de relação, é secundarizada ao trabalho estruturado”. Por conseguinte, o trabalho em saúde requer dos trabalhadores, a postura de interrogar os usos que se faz do seu 'saber fazer' (CAMPOS, 2003; CAMPOS; CAMPOS, 2006).

O trabalho vivo, para Merhy (2006, 2002) é produzido 'em ato', no momento do encontro das subjetividades dos sujeitos-usuários do sistema e dos sujeitos-cuidadores das equipes, em todos os espaços em que os atos terapêuticos são realizados. Tal questão, demanda por desenvolvimento das tecnologias de relação para qualificar a atenção à saúde no SUS, sem abandono de nenhuma outra tecnologia, apenas utilizando-as de acordo com cada caso, numa perspectiva de transição tecnológica, procurando sempre resolver os problemas manifestados.

O vínculo entre trabalhador e comunidade opera em direção a integralidade da prática, uma vez que os trabalhadores abrem-se às novas possibilidades terapêuticas e pautam seu saber-fazer, também, em tecnologias leves (SANTOS; ASSIS, 2006). Ainda assim, os trabalhadores atuam, freqüentemente, sob lógicas polarizadas, deixando-se cercear por atuações desconectadas e particularizadas em núcleos de saberes específicos (ASSIS *et al.*, 2008), predominantemente orientados por saberes técnicos operativos (NEMES, 2000), nem sempre capazes de, isolados, responder às expectativas da população (RODRIGUES; ASSIS, 2009).

Outro aspecto reafirma os desafios das práticas desenvolvidas pela equipe, por exemplo, o questionamento, de determinados usuários, em relação ao saber técnico de alguns trabalhadores. Essa situação observada esteve presente em todas as unidades e em distintas situações, revelando diferentes questões: por um lado, pelo insuficiente traquejo do trabalhador, por não dominar as ferramentas necessárias para uma prática adequada à estratégia; ou reações isoladas de

incompreensão do saber técnico do trabalhador, pelo usuário. Questões como essas são maximizadas pelo medo de não ser atendido ou de sê-lo sem a devida qualidade esperada. É relevante considerar que essas afirmações não são extrapoláveis para todos os trabalhadores, e sim, como componente da subjetividade de alguns deles, em cenários específicos.

Para Cunha (2005), a prática de parte expressiva de trabalhadores da área médica centra-se em condutas orientadas, predominantemente, pelas tecnologias duras, uma vez que não se dispõem a realizar o desdobramento imaterial compatível com o vínculo e a responsabilização, que interfere consideravelmente na resolução de muitos problemas típicos da atenção básica. Entretanto, essa predisposição que demanda um maior envolvimento do trabalhador, capacita-o a perceber aspectos singulares das necessidades de saúde dos usuários, certamente relevantes para assegurar não apenas o acesso aos serviços, mas sua qualidade de vida.

Em todas as unidades investigadas alguns aspectos, referentes à prática médica, foram destacados pela maioria dos sujeitos entrevistados, entre eles: a alta rotatividade e o pouco envolvimento com atividades de cunho preventivo e de promoção à saúde. Em uma unidade, em particular, a não responsabilização do trabalhador com a saúde comunitária foi, também, constatado na observação de sua prática, confirmado pela postura pouco comprometida com a resolução das demandas de saúde da população local.

Sobre esse aspecto da prática corrobora-se com Cunha (2005) ao referir que o saber técnico é essencial na prática da equipe de saúde, mas este não impede os trabalhadores de valorizarem as tecnologias relacionais na produção do cuidado, apontadas por usuários e trabalhadores, como relevantes para a realização da boa prática em saúde. Por esse prisma, acredita-se que o uso de recursos relacionais é apropriado aos espaços em que se desenvolvem as práticas de saúde, por favorecer vínculos e conseqüentemente, responsabilizações, entre usuários e equipes de saúde. O domicílio, nesse sentido, configura-se como significativo espaço social de apropriação de habilidades relacionais, compatíveis com um maior grau de interseção entre sujeitos sob cuidados e sujeitos-cuidadores, aptos à apreensão de particularidades e intersubjetividades.

Por este motivo, vínculo e responsabilização são ingredientes da integralidade que se firma, a partir de atitudes menos racionalizadoras e mais éticas, certamente compartilhadas entre usuários e equipes de saúde. Contudo, essas

formas de agir são compatíveis com a postura do profissional disposto a trabalhar em equipe e não, somente, em uma equipe em que os sujeitos sujeitam-se uns aos outros a saberes desconectados, submergindo a chance de constituírem uma prática interdisciplinar (PEDUZZI, 2001; CUNHA, 2005; OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

A responsabilização, assim como o vínculo e o acolhimento, emerge na produção do cuidado e a adoção desses dispositivos, como defendido por Merhy (2006), concebe a produção da prática em outras bases paradigmáticas (humanização do atendimento e defesa da vida).

Por fim, as condutas dos trabalhadores de saúde em uma visão ampliada do cuidado, requerem uma revisão das práticas realizadas cotidianamente no SUS. Destarte, uma atuação democrática, comprometida e eficiente, necessita dos dispositivos relacionais vínculo e responsabilização, engendrados nos atos de cuidado das pessoas, abrindo-se para além da programação em saúde, mas construindo projetos terapêuticos que captem as singularidades e, ao mesmo tempo, respondam as demandas mais comuns do território. Subjacente à idéia de vínculo e responsabilização, existe uma prerrogativa: as pessoas devem ser cuidadas em sua integralidade, devendo-se respeitar suas diferenças, numa incessante luta pela defesa da vida.

4 Considerações finais

A análise do vínculo e da responsabilização na Estratégia Saúde da Família revelou as dificuldades enfrentadas pela população na busca pelo atendimento aos serviços de saúde, o qual apresenta relações tensas na “porta de entrada”, exigindo negociações entre trabalhadores e usuários para que seja efetuado o cuidado em saúde. Também mostra o processo de cuidar que é operado em ato e como os dispositivos de vínculo e responsabilização transversalizam a produção das ações.

A partir deste estudo, coloca-se a possibilidade de repensar o processo de trabalho da equipe de saúde da família, buscando uma atenção centrada no usuário, com co-responsabilização entre gestores, trabalhadores e usuários.

O desenvolvimento do vínculo-responsabilização inicia-se com ações dialógicas presentes ‘em ato’ nos encontros entre trabalhadores e comunidade, por meio do trabalho em equipe, configurando-se numa verdadeira teia relacional entre todos os sujeitos envolvidos no processo. Por conseguinte, cada encontro tem

potencialidade para tensionar ou acolher as demandas da equipe e comunidade, que poderá (ou não) produzir a boa prática de saúde. Finalmente, a realização de encontros cercados de ‘compromissos’ acordados e honrados possibilita que o resultado do cuidado seja a garantia do acesso pautado na integralidade da atenção à saúde.

Colaboradores

LEAL, ACA; ASSIS, MMA participaram da concepção teórico-metodológica, análise dos dados e redação do artigo; SANTOS, AM participou da análise de dados e redação final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M. de, BARRETO, I. C. H. C, BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. et. al. *Tratado de Saúde Coletiva*. 1. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p.783-836.

ASSIS, M.M.A, VILLA, T. C. S, NASCIMENTO, M. A. do. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.8, n. 3, p. 815-823, 2003.

ASSIS, M.M.A, SAMPAIO, H.C., NASCIMENTO, M.A.A do *et al.* Oferta de Serviços na Atenção Primária à Saúde em um município da Bahia. *Revista APS*, Juiz de Fora-M.G, v.11, n.2, p.152-162, 2008.

ASSIS, M.M.A, NASCIMENTO, M.A.A do, FRANCO, T.B. *et al.* (Orgs.). *Produção do cuidado no programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários*. Salvador: EDUFBA, 2010.

CAMPOS, G.W.S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: HUCITEC: 2003.

CAMPOS, R.T.O., CAMPOS, G.W.S. Co-construção da autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G.W.S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. 1ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006, p. 669-688.

CUNHA, G.T. *A construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.

FRANCO, T.B, BUENO, W.S, MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, E.E. et. al. (Org). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: HUCITEC, 2003. p. 37-54.

MATTOS, R.A. Repensando a organização da rede de serviços a partir do princípio da integralidade. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. (Orgs.). *Razões públicas para a*

integralidade em saúde: o cuidado como valor. 2 ed. Cepesc-IMS/Uerj –Abrasco; Rio de Janeiro, 2009. p.370-83.

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

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E, ONOCKO, R. (Orgs). *Agir em saúde um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC, 2006. p.187-204.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento*. Pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo, 2008.

NEMES, M.I.B. Prática programática em saúde. In: SCHRAIBER, L.B. et al. *Saúde do adulto: Programas e ações na unidade básica*. 2ª ed., São Paulo: HUCITEC, 2000. p.9-22.

OLIVEIRA, E.M. de, SPIRI, W.C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.40, n.4, p. 723-733, 2006.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.103-109, 2001.

RODRIGUES, A.A.A.O, ASSIS, M.M.A. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no Programa de Saúde da Família de Alagoinhas - BA. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v.29, n.2, p. 273-285, 2005.

RODRIGUES, A.A.A.O.; ASSIS, M.M.A. *Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família: sujeitos, saberes e práticas*. Vitória da Conquista: Ed. UESB, 2009.

SANTOS, A.M., ASSIS, M.M.A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática da saúde bucal no Programa de Saúde da Família de Alagoinhas - BA. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.53-61, 2006.

CAPÍTULO IV

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A dificuldade não está nas novas idéias, mas escapar das velhas, que ramificam por todos os campos de nossa mente”

Jonh Maynard Keynes

4.1 QUAL A PRÁTICA QUE QUEREMOS?

O estudo retrata que a equipe de saúde da família vem proporcionando a ampliação da oferta dos serviços na “porta de entrada” dos serviços de saúde, traduzido, portanto, na ampliação do acesso, ainda que insuficiente para o atendimento às demandas/necessidades dos usuários. Constata, ainda que, a unidade de saúde da família não se configura na principal ‘porta de entrada’ do sistema de saúde, pois persiste uma dinâmica organizacional em que persevera a exclusão dos serviços de parte da população usuária destes, o que ciclicamente vem determinando também a persistência de altas demandas, as quais se mantêm em virtude de não adequação das práticas dos trabalhadores de saúde, que orientam seus ‘saberes’ e ‘fazeres’, a partir de distintas lógicas, contraditórias na maioria dos momentos, compatível com a crescente demanda reprimida em suas necessidades de cuidado e acolhimento.

Esta implicação, somada a inadequada resolubilidade dos problemas demandados pelos usuários e famílias, não adequadamente resolvidos na integração com a rede de atenção, vem oportunizando constantes conflitos no processo de produção do cuidado.

Os serviços de saúde são ofertados na unidade por meio de demanda, preferencialmente, organizada, direcionada ao atendimento preferencial de grupos específicos através da atenção programática, conforme orientação do Ministério da Saúde, que favorece a ‘lógica’ baseada na queixa do usuário, sem adequada ressignificação pelos trabalhadores de saúde.

Aspectos como esses implicam, portanto, no determinismo da precarização do trabalho e do modelo assistencial burocratizado, ineficiente e desumanizado, que suscita o (re)ordenamento das práticas de gestores, trabalhadores e usuários por meio da atuação democrática, do trabalho em equipe e da ampliação da clínica, que justapostas, configuram uma tríade com potencial para (re)significar as relações de cuidado e estabelecer o desenvolvimento de vínculo-responsabilização, não percebido na prática de todos os trabalhadores, mas de alguns, em particular.

O enfermeiro destaca-se nesse sentido, embora tenhamos observado variados comprometimentos singulares de incontáveis sujeitos pesquisados, pela

realização da escuta qualificada e (re)estabelecimento da relação trabalhador-usuário, que projeta potenciais mudanças nas práticas de saúde.

Por fim, as diferentes práticas em saúde, realizadas a partir de formas particulares dos sujeitos pesquisados, desvelam diferenciados compromissos dos sujeitos. Tais práticas mostraram respostas terapêuticas possivelmente desconectadas/integradas, reducionistas/ampliadas, e focalizadas/integrais.

Relativizando nossos olhares, apostamos na educação permanente e na interdisciplinaridade como ferramentas que fomentam o vínculo-responsabilização para que o (re)ordenamento necessário não siga persistindo historicamente como utopia dos trabalhadores-militantes em defesa do SUS.

REFERÊNCIAS

A arte de pesquisar...

“destaca a importância do indivíduo como intérprete do mundo que o cerca”

Miriam Goldenberg, 2007, p.27

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e construção das práticas de saúde. *Interface*, São Paulo, v. 08, n. 14, p. 73-92, set. 2003, fev. 2004.

ANDRADE, L. O. M. de; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. et. al. *Tratado de Saúde Coletiva*. 1. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p.783-836.

AQUINO, R. Estratégia saúde da família. In: AQUINO, R. et al. *Manual para treinamento introdutório das equipes de saúde da família*. Salvador: Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal em Saúde da Família, 2003.

AQUINO, R. et al. Atribuições da equipe de saúde da família. In: AQUINO, R. et al. *Manual para treinamento introdutório das equipes de saúde da família*. Salvador: Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal em Saúde da Família, 2003.

ASSIS A. M. O. et al. O programa saúde da família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção da nutricionista na equipe multidisciplinar. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 15, n. 3, p. 255-266, sept, 2002.

ASSIS, M. M. A. *A municipalização da saúde em Feira de Santana – BA: intenção ou realidade?* 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Saúde Pública da USP, Ribeirão Preto, São Paulo, 1994. 210p.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. do. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, n. 3, p. 815-823, 2003.

ASSIS, M. M. A. *Projeto de pesquisa: Atenção Básica a Saúde no processo de descentralização da saúde na Bahia (1998-2005)*. Feira de Santana: UEFS, 2004. (Digitado). 15p.

ASSIS, M. M. A. *Projeto de pesquisa: Produção das Práticas em Saúde e a Construção da Integralidade no Programa Saúde da Família em dois cenários da Bahia*. Feira de Santana: UEFS, 2008. (Digitado). 55p.

ASSIS, M. M. A. et al. Oferta de Serviços na Atenção Primária à Saúde em um município da Bahia. *Revista APS*, Juiz de Fora – Minas Gerais, v. 11, n.2, p. 152-162, abr./jun. 2008.

ASSIS, M. M. A.; ALVES, J. S.; SANTOS, A. M. Políticas de Recursos Humanos e a (Re)significação das Práticas dos Trabalhadores no Sistema Único de Saúde (SUS): apontamento para o debate. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 32, supl. 1, p. 7-15, out. 2008.

ASSIS, M. M. A. et al (Org.). *Produção do cuidado no programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários*. Salvador: EDUFBA, 2010. 182 p.

BARBOZA, T. A. V.; FRACOLLI, L. A. A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 1036-1044, jul./ago. 2005.

BAREMBLIT, G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes*. 3. ed. Rio de Janeiro: ABDR, 1996. Cap. 1 a 4, p. 13-78.

BEZERRA, N. O. Programa Saúde da Família: encontros e desencontros no labirinto da implantação. *Revista de Saúde Coletiva da UEFS*, Feira de Santana, n. 3, p.92-93, 2007.

BOFF, Leonardo. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. 10. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999. p. 33-33.

BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. 9. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 2006. 311p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional da Atenção Básica*. Brasília, DF, 2006a. v. 4.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela vida, em defesa do SUS e de Gestão*. Brasília, DF, 2006b. v. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia Prático do PSF*. Brasília, DF, 2001.

BRASIL Ministério da Saúde. 2009. Disponível em: <<http://www.datasus.com.br>>. Acesso em: 18 abr. 2010.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde paidéia*. São Paulo: HUCITEC, 2003a.

CAMPOS, G. W. S. Saúde paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. *Olho Mágico*, Londrina, v. 10, n. 2, p. 7-14, abr./jun. 2003b.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para a análise de co-gestão de coletivos*. São Paulo: HUCITEC, 2000.

CAMPOS, R. T. O.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção da autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. 1. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 669-688.

CARVALHO, M. de F. A. A. et al. Assessoria Técnica em gestão de saúde: capacitação de atores sociais – instrumento de fortalecimento da cidadania. In: CUNHA, E. M. P.; MARTINS, I. M. L. (Org.). *Programa de Apoio à Extensão Universitária. MEC/Cidades: Experiências de Capacitação em Saneamento Ambiental*. Brasília, DF: Ministério das Cidades; Ministério da Educação, 2007. p. 232.233-238239

CECÍLIO, L. C. de O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada na prática. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set. 1997.

CECÍLIO, L. C. de O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde um desafio para o público*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2002.

CHIZOTTI, A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo: Cortez, 1995.

COHN, Amélia. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2003. 133p.

COSTA, N. S. S. O acesso aos serviços e as ações de detecção precoce do câncer de mama: uma abordagem em defesa da vida. *Revista de Saúde Coletiva da UEFS*, Feira de Santana, n.3, p. 77-77, 2007.

CUNHA, G. T. *A construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica*. São Paulo: HUCITEC, 2005. 209p.

DEMO, P. *Metodologia científica em Ciências Sociais*. São Paulo: Atlas, 1995. 293p.

FEIRA DE SANTANA. 2010. Disponível em: <http://www.feiradesantana.ba.gov.br>>. Acesso em: 18 abr. 2010.

FIGUEIREDO, N. M. A de. *Método e metodologia na pesquisa científica*. São Paulo: Difusão, 2004. 237p.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, Emerson E. et. al. (Org.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: HUCITEC, 2003. p. 37-54.

FRANCO, T. B.; ANDRADE, C. S.; FERREIRA, V. S. C. *A produção subjetiva do cuidado: cartografia da estratégia saúde da família*. São Paulo: HUCITEC, 2009.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 31. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. p. 38-38.

GOLDENBERG, Miriam. *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Record, 2007. p. 27-27.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010.

LEAL, A. C. A. et al. Hanseníase: um problema de conhecimento e de cuidado. In: GOMES, N. P.; RAMOS, P. R. (Org.). *Saúde e enfermagem: a pesquisa como valor na formação profissional*. Rio de Janeiro: Booklink; Petrolina: Univasf, 2008a. p. 55-72.

LEAL, A. C. A. et al. A relevância da fitoterapia na formação do profissional em enfermagem. In: GOMES, N. P.; RAMOS, P. R. (Org.). *Saúde e enfermagem: a pesquisa como valor na formação profissional*. Rio de Janeiro: Booklink; Petrolina: Univasf, 2008b. p. 73-84.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 2002.

MATUS, C. *Política, planejamento e governo*. Brasília, DF: IPEA, 1993. Tomo I. 292p

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. São Paulo; HUCITEC; IMS; Rio de Janeiro: UERJ; ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MERHY, E. E. *Saúde a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: HUCITEC, 2002. 189p.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 71-112.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 113-150.

MENDES-GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. Características tecnológicas do Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC, 1994.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2007.

NASCIMENTO, M. S. *Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: interface da vigilância da saúde versus ações programáticas*. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2003.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 333-345, 2005.

NEMES, M. I. B. Prática programática em saúde. In: SCHRAIBER, L. B. et al. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2000. 290p.

NUNES, C. A. Planejamento e programação local em saúde. In: AQUINO, R. et al. *Manual para treinamento introdutório das equipes de saúde da família*. Salvador: Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal em Saúde da Família, 2003.

OLIVEIRA, E. M. de; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 727-733, 2006.

PAIM, J. S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E. V. (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do SUS*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. *Epidemiologia & Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567-586.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEREIRA, A. T. S. et al. A sustentabilidade econômico-financeira no Proesf em municípios do Amapá, Maranhão, Pará e Tocantins. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 607-620, 2006.

PINHEIRO, R. S.; ESCOSTEGUY, C. C. Epidemiologia e serviços de saúde. In: MEDRONHO, R. *Epidemiologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2006. p. 361-369.

PINTO, J. L. G. et al. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 7, 2006.

REZENDE, A. L. M. de *Saúde, dialética do pensar e do fazer*. São Paulo: Cortez, 1986. 153p.

RIBEIRO, J. M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 81-92, jan./mar. 1997.

RODRIGUES, A. A. A. O.; ASSIS, M. M. A. Construção de sujeitos, saberes e práticas na saúde bucal de Alagoinhas - BA: o trabalho cotidiano no Programa de Saúde da Família como protagonista da mudança. *Revista de Saúde Coletiva da UEFS*, Feira de Santana, n. 3, p. 96-97, 2007.

RODRIGUES, A. A. A. O.; ASSIS, M. M. A. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no Programa de Saúde da Família de Alagoinhas - BA. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 29, n. 2, p. 273-285, 2005.

RODRIGUES, A. A. A. O.; ASSIS, M. M. A. *Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família: sujeitos, saberes e práticas*. Vitória da Conquista: Ed. UESB, 2009.

RODRIGUES, A. A. A. O.; BOMFIM, L. S. Saúde Bucal no *Programa de Saúde da Família em um município do semiárido baiano (Feira de Santana): organização e micropolítica*. *Revista APS*, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 96-108, 2010.

SANTANA, J. N. de. Acesso da usuária ao Programa de pré-natal em unidades básicas de saúde de Feira de Santana – BA: limites e potencialidade. *Revista de Saúde Coletiva da UEFS*, Feira de Santana, n. 3, p. 90-91, 2007.

SANTOS, A. M. *Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática da saúde bucal no Programa de Saúde da Família de Alagoinhas - BA*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2005.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática da saúde bucal no Programa de Saúde da Família de Alagoinhas - BA. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2006.

SANTOS, A. M. dos et. al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, 2007.

SANTOS, A. M. *et al.* Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 464-470, jun. 2008.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

SILVA, C. A. B. Os dez anos do Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira em Promoção a Saúde*, Fortaleza, v. 17, n. 03, p. 97-98, 2004.

SOUZA, M. F. *A cor-agem do PSF*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2003.

VAUGHAN, J. P.; MORROW, R. H. *Epidemiologia para municípios: manual de gerenciamento dos distritos sanitários*. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2002.

VIACAVA, F. et al., Uma metodologia de avaliação de desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.

VIANA, A. L. D.; POZ, M. R. D. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 15, p. 225-264, 2005.

TEIXEIRA, S. F. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 17-46.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). *Saúde e democracia: história e democracia do SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 461-479.

THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa ação*. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2000. 132p.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

ANEXOS⁵

⁵ Os instrumentos para coleta de dados foram baseados no projeto “Produção de práticas em saúde e a construção da integralidade no Programa de Saúde da Família em dois cenários da Bahia”, aprovado pelo CNPq e elaborado em 2008 pela Profa. Dra. Marluce Maria Araújo Assis. Essa dissertação integra-se, portanto, ao referido projeto, que foi financiado pelo CNPq.

ANEXO A

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
NÚCLEO DE PESQUISA INTEGRADA EM SAÚDE COLETIVA
PESQUISADORA RESPONSÁVEL: MARLUCE MARIA ARAÚJO ASSIS

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

(INFORMANTES CHAVE)

Título: PRODUÇÃO DE PRÁTICAS EM SAÚDE NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE FEIRA DE SANTANA – BA

1. Dados de Identificação:

Código do
entrevistado:

Idade:

Sexo:

Unidade de
saúde:
Formação
profissional:

Tempo de
formação:

Qualificação
profissional:

Tempo que
atua como
gestor:

Outro(s)
vinculo(s)
empregatício(s)

Qual (is)?

2. Roteiro temático:

2.1 Acesso, acolhimento, e vínculo-responsabilização

- ✓ Acesso - tipo de demanda (organizada, espontânea), número de vagas;
- ✓ Sistema de atendimento (consultas agendadas, critérios de marcação de consultas);
- ✓ Encaminhamento para outros serviços (referência e contra-referência);
- ✓ Postura do dirigente em relação às demandas dos usuários e vice-versa;
- ✓ Como é definido o projeto terapêutico e quem se responsabiliza em resolver os problemas apresentados pelos usuários?

2.2 Resolubilidade

- ✓ Resolução da demanda interna (ações específicas em saúde da mulher, criança e adolescente, adulto, idoso, mulher e saúde bucal - promoção, prevenção, cura e reabilitação);
- ✓ Resolução de problemas que dependem de outros serviços, práticas e unidades da rede (exames complementares, tratamentos específicos).

2.3 Relações estabelecidas entre sujeitos sociais (gestores, trabalhadores de saúde e usuários)

- ✓ Como são as relações estabelecidas entre os dirigentes do SUS e outros serviços que fazem interface com a USF;
- ✓ Relacionamento entre dirigente, trabalhadores de saúde e usuários (Conselho Municipal de Saúde e Conselhos Locais de Saúde);

2.5 Outros comentários:

ANEXO B

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
NÚCLEO DE PESQUISA INTEGRADA EM SAÚDE COLETIVA
PESQUISADORA RESPONSÁVEL: MARLUCE MARIA ARAÚJO ASSIS

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

(TRABALHADORES DE SAÚDE)

Título: PRODUÇÃO DE PRÁTICAS EM SAÚDE NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE FEIRA DE SANTANA – BA

1. Dados de identificação

Código do entrevistado: _____ Idade: _____ Sexo: _____
Nome da Unidade de Saúde: _____

Nome do bairro: _____

Categoria profissional: _____

Formação profissional: _____

Cargo/Função: _____

Tempo de formação: _____

Instituição formadora/Estado: _____

Pública ou Privada: _____

Qualificação profissional: _____

Tempo que trabalha em PSF: _____

Tempo de inserção nesta equipe: _____

Tempo de implantação da USF: _____ Nº ESF que atuam na
unidade: _____ Outro(s) vínculo(s) empregatício(s): _____

Qual (is): _____

Carga horária: _____ Salário: _____ Forma de admissão: _____

2. Roteiro temático

Acesso, acolhimento e vínculo-responsabilização

✓ Porta de entrada no serviço (quem e como);

- ✓ Critérios para o atendimento das necessidades individuais e coletivas;
- ✓ Oferta – tipo de demanda (organizada, espontânea), número de vagas;
- ✓ Sistema de atendimento (consultas agendadas, critérios de marcação de consultas);
- ✓ Encaminhamentos para outros serviços (referência e contra-referência);
- ✓ Postura da equipe em relação às demandas dos usuários e vice-versa;
- ✓ Como é definido o projeto terapêutico e quem se responsabiliza em resolver os problemas apresentados pelos usuários.

Resolubilidade

- ✓ Resolução da demanda interna (ações específicas em saúde da mulher, criança e adolescente, adulto, idoso, mulher e saúde bucal - promoção, prevenção, cura e reabilitação);
- ✓ Resolução de problemas que dependem de outros serviços, práticas e unidades da rede (exames complementares, tratamentos específicos).

Relações estabelecidas entre os sujeitos sociais (gestores, trabalhadores de saúde e usuários)

- ✓ Qual a composição da ESF?
- ✓ Fale de sua opção em trabalhar no PSF. Como são as relações estabelecidas entre os sujeitos sociais que atuam na unidade. Como se dá a relação entre os dirigentes do SUS e trabalhadores de saúde e entre estes e usuários;
- ✓ Fale sobre as relações estabelecidas entre as unidades de referências e o PSF;
- ✓ A unidade tem Conselho de Saúde? Se tiver, como se organiza? Como se dá a participação do usuário?
- ✓ Descreva, se houver, as relações sociais fora do ambiente de trabalho e fora do horário de trabalho entre os sujeitos na área de abrangência;
- ✓ Comente sobre: seu local de residência, tempo de permanência no município que trabalha, se dorme no município, etc.

2.6 Outros comentários

ANEXO C

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
NÚCLEO DE PESQUISA INTEGRADA EM SAÚDE COLETIVA
PESQUISADORA RESPONSÁVEL: MARLUCE MARIA ARAÚJO ASSIS

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA (**USUARIOS**)

Título: PRODUÇÃO DE PRÁTICAS EM SAÚDE NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE FEIRA DE SANTANA – BA

1 Dados de Identificação:

Código do
entrevistado:

Idade
:

Sexo:

Unidade de
Saúde:

Grau de
escolaridade:

Onde você mora:

Pertence à área de abrangência:

2 Roteiro temático:

2.1 Acesso, acolhimento e vínculo-responsabilização

- ✓ Fale como você é atendido na recepção da Unidade de Saúde da Família (tempo de espera, condições do ambiente, satisfação, entre outros) pelos trabalhadores de Saúde (em especial pela equipe de saúde da família);
- ✓ Fale sobre os serviços de saúde que são ofertados na unidade de saúde: número de vagas, tipo de atendimento, consultas agendadas ou não, critério de marcação;
- ✓ Fale sobre a sua relação com os trabalhadores de saúde no PSF. No momento da consulta quem define o procedimento a ser realizado? Como é definido (pelo material disponível; sua necessidade; sua vontade; seu desejo, outros);
- ✓ Comente como os trabalhadores de saúde atendem as suas necessidades e como você participa (ou gostaria de participar) da elaboração de decisões para definir prioridades e/ou necessidades;

2.2 Resolubilidade

- ✓ Resolução da demanda interna (ações específicas em saúde da mulher, criança e adolescente, adulto, idoso, mulher e saúde bucal - promoção, prevenção, cura e reabilitação);
- ✓ Resolução de problemas que dependem de outros serviços, práticas e unidades e unidades referenciadas pelo PSF (exames complementares, tratamentos específicos).

2.3 Relações estabelecidas entre os usuários, trabalhadores de saúde e gestores:

- ✓ Fale sobre as relações entre as pessoas que atuam na USF e a relação da equipe com os usuários e seus familiares;
- ✓ Você participa de algum Conselho de Saúde. Você poderia falar como se dá esta participação.

2.4 Outros comentários:

ANEXO D

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
NÚCLEO DE PESQUISA INTEGRADA EM SAÚDE COLETIVA
PESQUISADORA RESPONSÁVEL: MARLUCE MARIA ARAÚJO ASSIS

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

Título: PRODUÇÃO DE PRÁTICAS EM SAÚDE NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE FEIRA DE SANTANA – BA

1 Dados de Identificação:

Código da unidade: Tempo de funcionamento da Unidade:
Tempo de implantação do PSF:

2 Roteiro temático:

2.1 Produção das práticas no PSF

Acesso, Acolhimento e vínculo-responsabilização:

- ✓ Responsáveis pela recepção do usuário na Unidade;
- ✓ Acomodação das pessoas durante a espera;
- ✓ Tempo médio de espera na recepção;
- ✓ Acolhida dos usuários (informações, esclarecimentos, abordagem, linguagem);
- ✓ Tipo e adequação das informações sobre as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde (cronogramas, fluxogramas, organogramas, cartazes, mapas, gráficos, relatórios);
- ✓ Critério utilizado para consulta (ordem de chegada, idade, necessidade, ordem de marcação, sexo, endereço);
- ✓ Critério para consulta subsequente;

- ✓ Condições do consultório (espaço físico, iluminação, ventilação/temperatura, nível ruído, aspecto estético, distribuição dos equipamentos);
- ✓ Horário de chegada/saída dos trabalhadores;
- ✓ Número de consultas por turno;
- ✓ Tempo médio por consulta;
- ✓ Vínculo da equipe com a comunidade;
- ✓ Como é definido o projeto terapêutico e quem se responsabiliza em resolver os problemas apresentados pelos usuários;
- ✓ Outras observações.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Nós, Marluce Maria Araújo Assis (pesquisadora-responsável) e Anne Caroline Leal (pesquisadora-colaboradora), entre outros colaboradores, estamos convidando você a participar de uma pesquisa sobre a assistência que vem sendo prestada pelo Programa Saúde da Família do seu município. Os resultados obtidos poderão contribuir para a melhoria no acesso e na atenção à saúde. Se você concordar, suas respostas serão gravadas ou registradas no momento da observação, que você poderá ter acesso, para retirar e/ou acrescentar informações. O material coletado será organizado em um banco de dados pelos pesquisadores e bolsistas de Iniciação Científica do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC), após organização do banco de dados o material será destruído. Os pesquisadores asseguram o seu anonimato, isto é, ninguém saberá que foi você quem respondeu às perguntas, buscando respeitar a sua integridade moral, intelectual, social e cultural, tendo como benefícios proporcionar reflexões críticas sobre atenção à saúde na rede SUS, rediscutir como vem sendo prestada esta atenção e redefinir rumos para a Estratégia Saúde da Família nos cenários locais. Os possíveis riscos estão relacionados ao desconforto devido ao aparecimento de possíveis conflitos de opiniões ou pelo sentimento por parte dos trabalhadores de saúde de estarem sendo fiscalizados ou auditados. Os dirigentes podem se sentir incomodados com o processo de avaliação ou fiscalizados e os usuários podem se sentir inibidos para expor as suas opiniões com receio de influenciar no atendimento que necessitam. No entanto, os sujeitos poderão a qualquer momento desistir de participar da pesquisa ou anular este consentimento em qualquer fase, caso decidam, de forma que se evite que seu depoimento sofra consequência danosa na expressão livre de suas opiniões. No momento em que houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa, você pode entrar em contato com os pesquisadores através dos telefones (75) 3224-8162 no Centro de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEFS - Módulo VI NUPISC. km 03, BR 116. Campus Universitário em Feira de Santana - BA. Após ter sido informado (a) sobre os objetivos da pesquisa, caso concorde em participar, você pode autorizar ou não que as informações coletadas sejam utilizadas para relatórios de pesquisa, bem como para a divulgação dos resultados obtidos, somente para fins científicos. Se você concordar, por sua livre vontade, em participar da pesquisa, assine este termo de consentimento, ficando com uma cópia do mesmo.

Feira de Santana, ____ de _____ de 2009.

Nome: _____

Assinatura do entrevistado (a): _____

Marluce Maria Araújo Assis (Pesquisadora responsável)
Anne Caroline Amorim Leal (Pesquisadora colaboradora)