



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

ADJE SILVA SANTOS

**PRODUÇÃO DO CUIDADO AO IDOSO NO CENÁRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA**

**FEIRA DE SANTANA - BA
2015**

ADJE SILVA SANTOS

**PRODUÇÃO DO CUIDADO AO IDOSO NO CENÁRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA**

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

Área de Concentração: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

Linha de Pesquisa: Planejamento, Gestão e Práticas de Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Geralda Gomes Aguiar.

FEIRA DE SANTANA - BA

2015

Ficha catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado

Santos, Adje Silva
S233p Produção do cuidado ao idoso no cenário da estratégia saúde da família /
Adje Silva Santos. –Feira de Santana, 2015.

127 f.: il.

Orientadora: Maria Geralda Gomes Aguiar.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de Santana,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2015.

1. Saúde da família. 2. Cuidado com o idoso. I. Aguiar, Maria Geralda
Gomes, orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 614:616-089(612.67)

ADJE SILVA SANTOS

**PRODUÇÃO DO CUIDADO AO IDOSO NO CENÁRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA**

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

Área de Concentração: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

Linha de Pesquisa: Planejamento, Gestão e Práticas de Saúde.

Feira de Santana - BA. Aprovado em _____.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof^a. Dr^a. Maria Geralda Gomes Aguiar. Doutora em Educação pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia, Brasil.
Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS.

Prof^a. Dr^a. Evanilda Souza de Santana Carvalho. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia, Brasil.
Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS.

Prof^a. Dr^a. Gleide Magali Lemos Pinheiro. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Santa Catarina, Brasil.
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB.

AGRADECIMENTOS

Em toda e qualquer jornada sempre existem pessoas que nos ajudam a caminhar, pessoas que nos fazem acreditar que vale a pena persistir, insistir e realizar os nossos sonhos. Nesta caminhada recebi o afago, a ternura, o conhecimento e a força de muitos. A quem direciono os meus agradecimentos.

À **Deus** por me fazer acreditar em sua força, por me oportunizar experimentar a sua generosidade e o seu amor, por me fazer perceber que as dificuldades existem, mas ele sempre esteve e estará comigo. Por ser meu companheiro, por ter me sustentado nos momentos mais difíceis, e por ter me dado forças para prosseguir.

Aos meus pais, **Admilson Santos e Irlana Jane**, por terem plantado em mim a semente do desejo de crescer, de ser melhor a cada dia, de buscar os meus sonhos com a bravura de uma guerreira. Pelos ensinamentos de valores tão preciosos, que me permitem viver de maneira íntegra, responsável e honesta. Por compartilharem comigo a vida, me fazendo entender que juntos somos fortes.

Às minhas tias **Alda e Marlene**, por me ajudarem, cada uma de sua forma, a trilhar esse caminho com mais leveza, me concedendo o seu apoio, amor e ajuda.

À **Sandra** pelo seu apoio e amizade.

Aos meus irmãos **Cibele, Akin e Aísha** pelo amor, apoio e carinho. Em especial a minha irmã **Afra**, por ter compartilhado comigo os momentos mais difíceis, por sua generosidade, pelo seu companheirismo e pelo seu singular incentivo para seguir em frente.

À **toda a minha família** pela ajuda, apoio, amor e carinho.

Às minhas queridas amigas **Líllian e Tatiane**, por estarem presentes nessa caminhada em forma de carinho, diversão, apoio e amor. Obrigada pela amizade, pela compreensão e ajuda. Como é bom partilhar a vida com vocês!

À minha orientadora **Geralda Aguiar**, pelos ensinamentos e contribuições para a realização deste trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, em especial a **Ângela Nascimento, Lúcia Servo e Tereza Coelho** pelos valiosos ensinamentos e pela grandiosa contribuição para o meu crescimento e amadurecimento intelectual, profissional e pessoal.

À querida **Marisa Melo**, pelo seu carinho, seu afago e a sua ajuda. Por me ouvir e me encorajar a seguir.

À **Lúcia Elaine**, amiga tão importante nesse percurso por me fazer acreditar no meu potencial, por segurar a minha mão, por me ajudar a caminhar nos momentos mais delicados, por estimular o uso da minha força interior, por me ajudar a enxergar o mundo a meu favor, por me ouvir, entender e por me admirar. Por ter estado presente na minha vida e me ajudar a prosseguir, por me fazer enxergar a vida mais leve. Pelas palavras e gestos de incentivo, pelo carinho, pela generosidade, por ter um coração tão grande e aquecido pelo amor.

Aos meus queridos colegas de turma, como foi prazeroso dividir esse momento com vocês! Em especial às companheiras e AMIGAS que tornaram essa caminhada mais leve, divertida e prazerosa: **Bianca, Ilyane, Jucielma, Luane, Manoela, Renata e Taciane**. Obrigada pelo apoio, motivação e por partilhar comigo essa estrada!

À **Najara Matos e Ayana Matos** pela generosidade, amizade e ajuda. Pelo carinho tão precioso nesse momento.

À todos que contribuíram direta ou indiretamente para a construção deste trabalho e que fizeram parte desta valiosa caminhada, a minha gratidão, o meu **MUITO OBRIGADA!**

*“- Venha para a beira, disse ele.
Eles responderam: - Nós estamos com medo.
- Venha para a beira, disse ele.
Eles vieram. Ele os empurrou... E eles voaram”.*
(APOLLINAIRE)

RESUMO

A temática da produção do cuidado ao idoso transversalizada pelo acolhimento e vínculo lança o olhar para as necessidades que o sistema de saúde está enfrentando a partir da perspectiva e efetivo aumento da população idosa a nível mundial. É importante que o sistema de saúde esteja apto para atender, acolher, responsabilizar-se pelas necessidades de saúde desse segmento, considerando as suas peculiaridades, oferecendo um cuidado integral, direcionado e equânime. Esta pesquisa tem como objetivo analisar a produção do cuidado ao idoso pelos profissionais de saúde e discutir o processo de trabalho desses profissionais na Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado em três Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Feira de Santana - BA, os dados foram coletados através da entrevista semi-estruturada e da observação sistemática. Participaram do estudo 23 profissionais das USF. O método utilizado para a análise de dados foi a Análise de Conteúdo, a partir da qual foram formuladas duas categorias de análise: 1) Processo de trabalho em saúde: produtor de ações acolhedoras e vinculantes? 2) Acolhimento e vínculo: encontros, contradições e singularidades na produção do cuidado ao idoso. Os resultados evidenciam, através do processo de trabalho e seus elementos tais como: objeto de trabalho, instrumentos, agentes e finalidades, que a atuação do profissional de saúde das USF está estruturada preferencialmente pela lógica biologicista, em favorecimento do modelo médico-centrado, direcionada a produção de procedimentos e à prática fragmentada, que reduz o objeto terapêutico ao tratamento de doenças e ao alívio de sintomas, comprometendo diretamente a produção do cuidado. A produção do cuidado, analisada a partir do vínculo e do acolhimento, é realizada em um campo de práticas e discursos contraditórios e conflituosos, entretanto, enseja novas maneiras de acolher os idosos. Portanto, os profissionais manifestaram diferentes formas de acolher, de atender e de se relacionar com os idosos, revelando a dependência da disposição individual, compromisso e subjetividade de cada sujeito para a sua realização, o que compromete a uniformização do grau de acolhimento e vinculação da população. Desse modo, a pesquisa sinaliza a necessidade de reflexão sobre a prática e organização do processo de trabalho desenvolvido no contexto das USF, envolvendo os profissionais, os usuários e os gestores, com intuito de encontrar soluções para oferecer uma atenção integral, planejada, equânime, com novas atitudes, posturas e comprometimentos, a fim de proporcionar o cuidado integral, humanizado e de qualidade aos idosos, potencializado por ações acolhedoras e pela priorização do uso das tecnologias relacionais, em busca da produção efetiva do cuidado em saúde.

Palavras-chave: Acolhimento; Vínculo; Estratégia de Saúde da Família; Idoso.

ABSTRACT

The theme of the production of elderly care mainstreamed by host and link launches look at the needs of the health system is facing from the perspective and effective increase in the elderly population around the world. It is important that the health system be able to meet, receive, take responsibility for the health needs of this segment, considering their peculiarities, offering a comprehensive care, targeted and equitable. This research aims to analyze the production of elderly care by health professionals and discuss the work process of these professionals in the Family Health Strategy. In this study for the care production analysis were adopted two dimensions, namely: reception and bonding. This is a qualitative study conducted in three Family Health Units (USF) belonging to Feira de Santana - BA, data were collected through semi-structured interviews and systematic observation. The study involved 23 professionals from USF. The method used for data analysis was content analysis, from which were formulated two categories of analysis: 1) health work process: producer of cozy and binding actions? 2) Reception and attachment: meetings, contradictions and singularities to provide care to the elderly. The study results, through the work process and its elements such as object of work, instruments, agents and purposes, the performance of the health care professional of the USF is structured preferably by biologicist logic in favor of physician-centered model, directed production procedures and fragmented practice, which reduces the therapeutic object to the treatment of diseases and the alleviation of symptoms, affecting directly the production of care. The production of care, analyzed from the bond and the host is carried out in a field of practice and contradictory and conflicting speeches, however, gives rise to new ways of welcoming the elderly. Therefore, the professionals expressed different ways to welcome, to meet and to relate to the elderly, revealing the dependence of individual willingness, commitment and subjectivity of each subject to their achievement, which compromises the uniformity of the degree of acceptance and linking population. Thus, the research indicates the need for reflection on the practice and organization of the work process developed in the context of USF, involving professionals, users and managers, in order to find solutions to provide comprehensive care, planned, equitable, with new attitudes, postures and commitments in order to provide comprehensive care, humanized and quality to the elderly, enhanced by warm and actions by prioritizing the use of relational technologies in search of effective production of health care.

Keywords: Home; Bond; Health Strategy for the Family; Elderly.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS.....	17
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
3.1 O processo de trabalho em saúde.....	19
3.2 Produção do cuidado em saúde	30
3.3 O idoso no contexto da Estratégia Saúde da Família	37
4 METODOLOGIA	44
4.1 Tipo de estudo.....	44
4.2 Campo de estudo	44
4.3 Participante do estudo.....	49
4.4 Técnicas e instrumentos de coleta de dados	50
4.5 Análise e discussão dos dados	53
4.6 Aspectos éticos da pesquisa	55
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	57
5.1 Artigo: Acolhimento e vínculo: os caminhos para produção do cuidado....	57
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS.....	109
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	115
ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	116
APÊNDICES	120
APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	121
APÊNDICE B – ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA.....	123
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	124

1 INTRODUÇÃO

“Que os sonhos se transformem em conquistas. Sonhos de uma velhice plena, com direito à vida, à paz, à diversidade, à inclusão social, à cidadania, à boa aposentadoria, à boa qualidade de vida e à boa qualidade de morte”.

PASCHOAL, 2000, p.136)

1 INTRODUÇÃO

O número de indivíduos com mais de 60 anos vem aumentando de forma significativa em todo o mundo. No Brasil, a situação não é diferente. A população brasileira vem sofrendo ao longo do tempo profundas transformações na sua composição, evidenciadas pelo aumento progressivo da expectativa de vida e da proporção de idosos.

Ainda na década de 40 do século XX o nosso país apresentava um desenho demográfico invariável e de caráter secular. As transformações no padrão demográfico começaram a surgir a partir do ano de 1940, ainda de forma tênue, no qual foi observado um declínio nos níveis gerais de mortalidade, não acompanhado simultaneamente por um progresso nos níveis de natalidade. O painel de transformações se acentuou após os anos de 1960, devido a quedas expressivas de fecundidade. O Brasil sofria uma das transições demográficas mais rápidas do mundo. Em outros países, como por exemplo, a França, essa transição levou quase dois séculos (BRASIL, 2009).

As taxas de natalidade, por sua vez, somente iniciam sua trajetória de declínio em meados da década de 1960. O padrão reprodutivo variou devido às mudanças sociais e econômicas que ocorreram nessa década, dentre as quais se destacam o advento das pílulas anticoncepcionais, a redução das taxas de mortalidade infantil¹ e da mortalidade por doenças infectocontagiosas, o processo de industrialização e urbanização, o impulso dado ao sistema de saúde pública, a melhoria na qualidade de vida, os avanços tecnológicos e científicos, as transformações políticas e socioculturais (BRASIL, 2010).

Assim, na década de 1970 tanto a mortalidade quanto a fecundidade encontravam-se em processo de declínio. Essa mudança radical do padrão demográfico se configura como uma das mais importantes transformações estruturais verificadas na sociedade brasileira com inversão da pirâmide etária, redução das taxas de crescimento populacional e aumento da expectativa de vida da população.

¹ Taxa de Mortalidade Infantil refere-se ao número de óbitos entre crianças menores de um ano por cada 1000 nascidos vivos em igual período.

O nosso país tem vivenciado um acelerado envelhecimento populacional, evidenciado também pelo Índice de Envelhecimento Nacional², que demonstra o impacto dessa transição. Este atingirá a razão de 76,5 idosos para cada 100 jovens. Em 2030 a perspectiva é que teremos mais idosos, eles serão 40,5 milhões, enquanto são esperados 36,7 milhões de jovens. Esses valores estarão refletidos no índice de envelhecimento, estimado em 110,1 idosos para cada 100 jovens (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012).

Analisando o outro extremo das estatísticas populacionais observamos um constante aumento da esperança de vida ao nascer. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), em meio século (1960-2010) a esperança de vida dos brasileiros aumentou 25,4 anos, passando de 48 para 73,4 anos. Em contrapartida, a média de filhos por mulher reduziu de 6,3 filhos para 1,9 nesse período, valor abaixo do nível de reposição da população (BRASIL, 2010).

Desse modo, com o envelhecimento populacional, em menos de 50 anos, o Brasil mudou o perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um desenho caracterizado por doenças complexas e mais dispendiosas, próprias das faixas etárias mais avançadas. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), as doenças infectocontagiosas eram responsáveis por metade das mortes registradas no Brasil até meados do Século XX, na atualidade representam menos de 10%, ocorrendo o oposto em relação às doenças cardiovasculares.

A população está envelhecendo e o perfil de morbidade se modificando. As doenças crônicas adquirem maior expressão e por consequência, aumenta a demanda por serviços de saúde e o número de internações hospitalares. Além disso, essas mudanças exigem outros cuidados como acompanhamento constante, medicações contínuas, medidas de prevenção e promoção à saúde e, sobretudo, a existência de políticas públicas que atendam de maneira efetiva as necessidades e demandas específicas da terceira idade.

Essa configuração retrata a estrutura de população mais envelhecida, típica de países desenvolvidos e introduz grandes desafios nas políticas públicas para atender as demandas das pessoas a partir dos 60 anos de idade. No entanto, esses desafios são amplos e vão além de novas políticas, devem abranger

² Índice de envelhecimento é definido como o número de idosos para cada 100 indivíduos jovens por ano (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

diferentes aspectos, tais como adequação ambiental, provimento de recursos materiais e humanos apropriados, assim como, a implementação de ações de saúde específicas.

Contudo, o nosso país ainda apresenta dificuldade em oferecer condições para uma velhice mais digna. As limitações vão além do setor saúde. O próprio ambiente urbano, as carências de profissionais capacitados para lidar com o envelhecimento além da fragilidade das ações direcionadas aos idosos aparentam ignorar a revolução demográfica. As políticas de aposentadoria, por exemplo, foram feitas com as configurações populacionais antigas, quando a esperança de vida aos 60 anos era despreziosa. Assim, não está compatível aos dias atuais (GUIMARÃES, 2008).

No que tange à saúde, a situação do Sistema Único de Saúde (SUS) não é a mais adequada para atender as necessidades dos idosos, ainda observamos o domínio do modelo hospitalocêntrico, biologicista e individual. De acordo com Guimarães (2008), os hospitais públicos estão se transformando em hospitais geriátricos. Estima-se que cerca de 30% do orçamento destinado à assistência médica seja gasto com pacientes com 60 ou mais anos de idade. No entanto, a supervalorização da tecnologia médica nem sempre significa aprimoramento da assistência.

Esse arranjo revela-nos uma grande contradição, apesar do envelhecimento populacional significar a melhoria nas condições de vida e nos progressos da ciência e da medicina, muitos idosos estão vivendo sem garantia de qualidade de vida. O aumento da longevidade requer a oferta de condições para esses indivíduos viverem bem. É necessário um olhar mais cuidadoso para os idosos, atentando para a criação e operacionalização das políticas públicas e, orientação das ações para proporcionar condições equânimes de saúde e, especialmente de vida. Essa realidade exige mais atenção e mobilização do Estado e da sociedade para atender às demandas decorrentes das transformações demográficas vigentes, favorecendo o ser humano na sua complexidade.

Aliado a isso, é fundamental que a sociedade compreenda que o envelhecimento da população ultrapassa o âmbito familiar e, por conseguinte, a responsabilidade individual, alçando a esfera pública, envolvendo o Estado, as organizações não-governamentais, a educação e os diferentes segmentos sociais e da saúde. Nessa perspectiva, o Estado se apresenta de forma pontual e com

responsabilidades reduzidas. Ainda que as políticas direcionadas aos idosos representem um avanço, a atenção ao idoso no sistema de saúde ainda é condicionada a ofertas de serviços e ações programáticas de saúde, se revelando de forma tímida e incipiente. Assim, torna-se cada vez mais urgente olhar o idoso de maneira integral e coletiva.

De acordo com Costa e Ciosak (2010), as políticas de saúde em relação aos idosos tiveram início nos anos 80, simultaneamente à reformulação do SUS. Assim, a partir dessa conjuntura, começa a expansão da saúde dos idosos, ainda que de maneira tímida, posto que esses indivíduos não eram atendidos de modo integral e a organização do trabalho era centrada no atendimento médico individual e direcionado às doenças crônicas degenerativas. No entanto, passados mais de 30 anos desse período não é incomum encontramos essa mesma fragilidade no que diz respeito à atenção ao idoso. A prática vigente ainda é direcionada pelo saber médico, centrada na dimensão biológica e conseqüentemente na doença, os processos de trabalho estão baseados no modelo Flexneriano, e o atendimento direcionado apenas à queixa conduta.

Neste sentido, no ano de 1994, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF) para reorientar a atenção à saúde da população a partir da Atenção Básica. Posteriormente, foi entendido enquanto estratégia de reorientação do modelo assistencial, e assim modificado a sua nomenclatura para Estratégia Saúde da Família (ESF), com vistas a conferir uma nova dinâmica na organização das ações e serviços e a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, através da atenção centrada na família e da vigilância à saúde. O objetivo dessa estratégia é substituir o modelo tradicional vigente, marcado pelo atendimento curativo, hospitalocêntrico, com baixa resolubilidade e de alto custo (BRASIL, 1999).

O trabalho na ESF deve ser caracterizado pelo estabelecimento do vínculo entre a população e a equipe de saúde, além do estabelecimento de corresponsabilidade com a comunidade, assim, propõe uma mudança nos processos de trabalho, superando a forma tradicional de produção da assistência, centrada no ato prescritivo, com uma clínica baseada no biológico, que age mais como produtores de procedimentos do que do cuidado propriamente dito. Dessa forma, essa inversão do modelo assistencial requer a alteração nas tecnologias usuais de trabalho (BRASIL, 1999; COSTA; CIOSAK, 2010).

Entretanto, essa proposta de redirecionamento, apesar de representar um grande avanço em termos sociais, ainda apresenta dificuldades e limites para provocar mudanças efetivas no modelo de atenção, que comumente expressa o paradigma médico-hegemônico. Assim, o modo como se estrutura os processos de trabalho em saúde tem sido motivo de preocupação para os que defendem um sistema de saúde para todos, equânime, universal, integral e de qualidade (MEHRY, 2006). Nessa perspectiva, o processo de trabalho reflete o comprometimento com a cura e promoção da saúde dos envolvidos nesse processo.

O processo de trabalho em saúde está relacionado com a organização dos serviços de saúde e diz respeito à assistência, ao cuidado e às ações de saúde, com o intuito de responder às necessidades ou expectativas humanas, construídas ou condicionadas pelo desenvolvimento histórico das sociedades, ou seja, o trabalho se estrutura através das necessidades gerais e individuais. O trabalho em saúde está inserido na esfera da produção não material, que se corporifica no ato da sua realização.

O envelhecimento demográfico no Brasil requer mudanças nos âmbitos político, econômico, institucional e da saúde e, vai além disso, é preciso uma mudança de postura no cuidado aos idosos, ou seja, uma mudança na micropolítica da atenção a esses cidadãos. Nesse sentido, para atender as demandas do setor saúde em dispor de uma política de saúde relacionada ao idoso, foi aprovada em 19 de outubro de 2006 pela Portaria Nº 2.528, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que define a Atenção Básica como porta de entrada para a atenção a saúde do idoso e a referência para a rede de ações e serviços de média e alta complexidade (BRASIL, 2006).

No entanto, apesar dessas características, o modelo de saúde ainda é direcionado pela clínica tradicional. Assim, diante dessa configuração e para compreender a atenção prestada ao idoso por profissionais de saúde, escolhemos como **objeto desse estudo a produção do cuidado ao idoso no cenário da Estratégia Saúde da Família (ESF)**. E para nos aproximarmos de tal objeto, selecionamos a seguinte **questão norteadora**:

Como se configura a produção do cuidado ao idoso na Estratégia Saúde da Família na cidade de Feira de Santana – BA sob a perspectiva do acolhimento e do vínculo?

A motivação em realizar este estudo surgiu a partir de inquietações vividas quando atuava como enfermeira em uma Unidade de Saúde da Família (USF), na qual percebi a fragmentação e fragilidade da atenção prestada ao idoso. O que representou um elemento motivador para desvelar essa realidade com perspectivas de discutir novas ações e contribuir para repensar as práticas que dificultam a atenção integral a eles. Além disso, apesar das contradições que existem na ESF entre as diretrizes propostas e o processo de trabalho propriamente dito, acreditamos que esse cenário tem uma importância fundamental, pois possui ferramentas que permitem uma (re)significação da velhice no contexto desta estratégia, devido às possibilidades de desenvolvimento de ações direcionadas aos idosos e a toda comunidade adscrita, auxiliando na otimização do suporte familiar e comunitário, bem como no fortalecimento de vínculos.

Além disso, já existia antes dessa experiência, um interesse particular em estudar aspectos relativos ao envelhecimento, aflorado a partir das discussões realizadas na graduação e, então, aprofundadas pelo envolvimento em projetos de pesquisa e extensão vinculados ao Programa Universidade Aberta à Terceira Idade (UATI) da Universidade Estadual de Feira de Santana, da qual fiz parte como membro voluntário no ano de 2008.

A investigação desta realidade poderá proporcionar uma reflexão sobre a produção do cuidado ao idoso no contexto das Unidades Saúde da Família e estimular um (re)pensar das práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde para e com os idosos, na busca do cuidado integral, que contribua com a qualidade de vida dessa população, no sentido de ofertar uma atenção que seja de amplo acesso, vinculante, com qualidade e, acima de tudo, produtora do cuidado.

2 OBJETIVOS

- Analisar a produção do cuidado ao idoso, sob a perspectiva do acolhimento e do vínculo, na Estratégia Saúde da Família na cidade de Feira de Santana - BA.
- Discutir o processo de trabalho dos profissionais de saúde na Estratégia Saúde da Família na cidade de Feira de Santana - BA.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

“A vida não envelhece, porque o tempo é uma ilusão
Permanecemos na bifurcação da estrada
Aprendendo e desaprendendo
fragmentos da existência
De imagens que acampam ao redor nas incertas
névoas do tempo
E o amor nos orienta ao longo do caminho”.

(SILVA, 2013)

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este trabalho versa sobre a produção do cuidado ao idoso no contexto da Estratégia Saúde da Família. A produção do cuidado se relaciona diretamente com o processo de trabalho em saúde, com suas finalidades, a quem estão direcionadas e de que forma são desenvolvidas essas práticas. Desse modo, ao se revelar a complexidade dessa temática, torna-se necessário fundamentar o objeto do estudo, para isto delimitamos três tópicos: Processo de trabalho em saúde; Produção do cuidado em saúde e o idoso no contexto da Estratégia Saúde da Família.

3.1 O processo de trabalho em saúde

Para compreender a conformação do trabalho em saúde, resgatamos a categoria trabalho. O trabalho é uma atividade que possibilita a transformação. Não apenas da matéria, mas também do indivíduo que exerce essa ação. O trabalhador inserido no processo de trabalho também sofre essa influência e é tanto transformador, como transformado, ou seja, é estabelecida uma relação de mútua produção (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Essa articulada transformação da natureza e dos indivíduos possibilita a permanente construção de novas relações sociais, de outras situações históricas, bem como de novos conhecimentos e habilidades. Assim, o trabalho tem valor intrínseco à vida humana, é a essência do ser social, se constitui como uma prática social que responde as determinações econômicas, políticas e ideológicas da própria estrutura social. Dessa maneira, os sentidos atribuídos ao trabalho variam de acordo com a época e com a sociedade.

Portanto, todo ato de trabalho possui uma dimensão social porque ele é resultado das histórias passadas, é a manifestação do desenvolvimento anterior de toda a sociedade. Além disso, o ser humano se relaciona com a natureza através do trabalho, que se configura como ação produtiva que modifica a natureza e produz algo novo.

Para Marx (1975), os processos sociais são impulsionados através do trabalho, este permite a percepção das relações sociais e a compreensão do homem. “Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, o homem ao mesmo tempo transforma sua própria natureza”. (MARX, 1975, p. 49).

Nesta perspectiva, o modo como o trabalho se organiza e a sua função são fundamentais para compreender a sociedade em que vivemos. O trabalho é uma forma de intervenção no mundo, assim, a maneira como trabalhamos influencia na nossa cultura, através dos sentidos que damos as nossas ações e vivências. Por conseguinte, a forma como trabalhamos e o significado do produto do nosso trabalho também variam com a sociedade, desse modo, o trabalho em nossa sociedade está imbricado das concepções hegemônicas do modo capitalista (MERHY; FRANCO, 2009).

As concepções do capitalismo (liberalismo e individualismo) repercutem na maneira de compreender e tratar os aspectos relacionados à saúde e a doença. De acordo com Silva Júnior (2006), o corpo, nesse arranjo, é percebido como uma máquina e as causas das doenças são atribuídas apenas às questões individuais, em detrimento da influência do meio social, ambiental, econômico, políticos, entre outros. Assim, ao considerar a saúde apenas no seu espectro biológico, o princípio da integralidade estará comprometido. Nesse sentido, a maneira como o trabalho é organizado e realizado, bem como a relação que se estabelece com o que foi produzido, variam conforme a sociedade e a cultura.

O trabalho visto como uma ação humana é compreendido na dimensão social, assim, a sociedade, e não apenas o indivíduo, sofre as consequências dos seus resultados. O ato do trabalho influencia a nossa maneira de agir e de pensar, constituindo-se como movimento dinâmico de interação entre o homem e o mundo. Dessa forma, o objeto elaborado a partir do trabalho fomenta alterações na conjuntura histórica em que vive toda a sociedade, gera novos caminhos e abre novas necessidades que conduzirão ao desenvolvimento futuro.

Essa articulação entre os atos dos indivíduos e a vida social coletiva possibilita a compreensão de quais os processos que articulam, e como o fazem, indivíduo e sociedade em uma relação indissolúvel. O trabalho como questão fundamental do ser social favorece a transformação da natureza na base material indispensável ao mundo dos homens (LESSA; TONET, 2008).

Logo, para que ocorra a transformação através do trabalho humano é fundamental que exista a intenção. De acordo com Mendes-Gonçalves (1992), esse processo carece de um projeto que antevê um resultado potencial. O trabalho precisa ser então pensado, planejado, antes de ser executado. Portanto, a

intencionalidade e a capacidade criativa presentes em todo o processo são as principais características que diferenciam as atividades humanas das demais.

O processo de trabalho apresenta-se como essencial na vida do homem, essa importância é determinada através de um sistema de forças que atuam como mediadores entre o homem e a natureza, ou seja, diferencia o homem como ser natural. Essa perspectiva alude o significado desse processo na relação entre o homem e a natureza, bem como entre o homem com seu semelhante e sua relação com a sociedade (MENDES-GONÇALVES, 1992).

O trabalho humano também é caracterizado pelo trabalho em grupo. O homem não vive, não existe, não se reproduz sozinho e sim de forma organizada, em grupos, como um ser social, que sofre transformações no decorrer da história. Logo, as suas necessidades fazem parte do coletivo, mediante as relações estabelecidas no grupo e com o grupo, assim como, os seus trabalhos se realizam de forma coletiva e não individualmente.

Portanto, o trabalho traduz a socialidade dos indivíduos, de modo que um indivíduo influencia o trabalho do outro, ou de outro modo, podemos dizer que os seres humanos vivem em sociedade, em coletivo, assim, os seus trabalhos também são realizados juntos, organizados uns com os outros, de maneira interdependente.

No entanto, é comum observarmos a fragmentação do trabalho em equipe nas Unidades de Saúde da Família, campo de estudo da nossa pesquisa. O trabalho que se preconiza como integrado, na verdade mostra-se fragmentado, com ações pontuais, independentes e desarticuladas. Essa falta de sintonia relacionada ao desenvolvimento das ações de saúde pelos diversos agentes desse cenário se constitui como obstáculo no desenvolvimento do trabalho em saúde, repercutindo no estabelecimento do vínculo e da corresponsabilização entre o usuário e a equipe de saúde, além de resultar em uma assistência com baixo poder de resolubilidade e de baixa qualidade.

A resolubilidade é compreendida como a capacidade do serviço em responder a um problema/necessidade de saúde de forma integral, explorando a possibilidade de articulação da rede de atenção e serviços de saúde, bem como a habilidade de cada membro da Equipe de Saúde da Família em explorar as suas potencialidades e criatividade no campo das tecnologias leves e os recursos disponíveis na produção do cuidado (OLIVEIRA, 2009).

Nesse sentido, os trabalhadores de saúde devem mudar a sua postura diante do usuário para alcançar a resolubilidade das ações de saúde, adotando um comportamento acolhedor que compreenda as necessidades de saúde da população, o que permite potencializar ainda mais a capacidade de intervenção, abordando o problema do usuário de forma mais integral, explorando a capacidade de uma equipe multiprofissional.

O trabalho em equipe requer a articulação entre os diversos saberes profissionais e essa é a chave para a oferta de ações e serviços de saúde que atendam o indivíduo integralmente. Contudo, na realização do trabalho há uma produção coletiva e dentro desta produção pode se estabelecer a desigualdade e a diferença entre os atores sociais, o que implica na divisão natural do trabalho de acordo com a idade, sexo, entre outras. O trabalho é mediado pelas atividades intelectuais e mecânicas, de igual modo torna-se clássica a divisão do trabalho manual e do trabalho intelectual (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2006).

Segundo Mendes-Gonçalves (1992), essa divisão do trabalho em parcelas é considerada como natural por produzir e se reproduzir na sociedade em divisão social e técnica do trabalho, além da divisão de classes sociais. Porém, a divisão social e técnica do trabalho humano contribui para o processo de alienação, ou seja, o trabalhador, nesta perspectiva, se distancia da intencionalidade e da finalidade (objetivo) do seu trabalho. Dessa forma, a participação dos sujeitos envolvidos é caracterizada pela fragmentação das ações e pela falta de complementariedade.

Em nossa sociedade, em quase todas as instituições, a definição das finalidades está completamente alienada, fora do poder de decisão dos trabalhadores de saúde, que realizam as atividades produtivas diretas. Quem define as finalidades são, geralmente, grupos restritos que ocupam os níveis mais elevados da hierarquia institucional, o que pressupõe a impossibilidade de os trabalhadores de saúde deliberarem sobre o conjunto da produção social (FARIA et al., 2009).

A organização parcelar do trabalho fixa os trabalhadores em uma determinada etapa do projeto terapêutico. A superespecialização e o trabalho fracionado fazem com que o profissional de saúde se aliene do próprio objeto de trabalho. Desta forma, ficam os trabalhadores sem interação com o produto final da sua atividade laboral, mesmo que tenham dele participado, pontualmente. Essa falta

de interação pode provocar um descompromisso com o resultado do seu trabalho (FRANCO; BUENO; MERHY, 2006).

O trabalho faz parte da sociedade desde a existência humana, mas as suas necessidades e os valores atribuídos a este se modificam conforme a conjuntura analisada. Dessa forma iremos, nesse momento, contextualizar historicamente o trabalho em saúde pontuando algumas características deste ao longo dos principais contextos históricos.

O modo de produção do trabalho vem se modificando ao longo da história. O primeiro modo de produção surge no período primitivo, no qual as atividades eram voltadas para questões relacionadas à sobrevivência, tais como a busca por alimentos, abrigo e a proteção contra inimigos. O trabalho se desenvolveu a partir da construção de ferramentas para a busca por alimentos até a caça propriamente dita (FARIA, 2009).

Nesse momento se estabelecia uma relação de trabalho para o bem coletivo, existia a divisão de atividades, organizada principalmente através da relação de gênero, na qual as mulheres eram responsáveis pela agricultura e pelo cuidado com as crianças, no entanto, as necessidades eram sempre coletivas. Essa divisão já prenunciava a distinção entre o trabalho através do sexo, onde os homens começam a ocupar posições diferentes das mulheres. Ademais, no momento em que o homem principia a plantar, estocar alimentos e riquezas, surge a hierarquização na relação social, na qual o poder começa a fazer parte das relações de trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Na Grécia, caracterizada pelo trabalho escravo, o qual se estabelecia por meio das relações de poder e dominação entre os homens, emerge uma configuração peculiar de trabalho em saúde, a medicina hipocrática. A qual buscava atender as necessidades de saúde dos cidadãos livres (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Nesse período, a doença era considerada como reação natural ao desequilíbrio da natureza, com o propósito de cura. As causas relacionavam-se com o ambiente físico, o clima, os astros, entre outros. Logo, o homem era entendido como ser integrante da natureza (concebida como o estado de equilíbrio dinâmico da realidade) e a doença, subordinada a uma noção positiva de saúde, como um estado natural da natureza. Portanto, o médico voltava o seu atendimento a observação das alterações no corpo humano, colocando-se na posição de

espectador, a assistir os esforços da natureza por reequilibrar-se. Por conseguinte, o trabalho do médico caracterizava-se por corroborar com a natureza para a reestruturação do seu equilíbrio (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Já na Idade Média, a doença era vista sob um espectro religioso e passa a ser considerada como o preço pago para a salvação divina, como forma de castigo, ou seja, o preço pago para alcançar o paraíso. Assim, a doença é assinalada pelo caráter negativo. Diante de tal lógica, o atendimento às necessidades humanas, caracterizado pela passividade nas intervenções, realizava-se a partir do acompanhamento da passagem do sofrimento para a morte. Essa conjuntura favoreceu a configuração do processo de trabalho sob a égide da divisão do trabalho, da assistência com hierarquias, desigualdades e poderes, além de tolher a concepção de uma necessidade positiva da saúde (MENDES-GONÇAVES, 1992).

No final desse período, com as crescentes epidemias, retoma-se a ideia de contágio entre os homens e aflora a necessidade de descobrir a origem das matérias que causavam os contágios. A sociedade sofre grandes transformações no período de transição para o capitalismo, através da crise do Regime Feudal e a Revolução Francesa, os homens começam a se relacionar de forma diferente entre si, e o trabalho é o principal responsável por essas mudanças. Com o capitalismo, surgem novas necessidades de saúde e o corpo passa a ser concebido como depositário da força de trabalho (BACKES et al., 2009).

Ademais, com o desenvolvimento da ciência e da tecnologia foram descobertos os microrganismos e sua associação com as doenças, impulsionando a medicina a se estabelecer como prática científica. Assim, os laboratórios tornaram-se importantes espaços para o conhecimento da etiologia das doenças e das propostas de intervenção. E os hospitais até o século XVIII considerados morredouros, tornaram-se locais de trabalho da chamada Medicina Científica (SILVA JUNIOR, 2006).

A prática médica sofreu influência do Relatório Flexner, criado em 1910, que determinou mudanças no ensino para a formação médica dentro dos referenciais científicos, tornando-se o marco da Medicina Científica (SILVA JUNIOR, 2006). Neste contexto histórico, o desenvolvimento da medicina contou com importante investimento econômico na medida em que sua capacidade de manter o

corpo humano dos trabalhadores em funcionamento favoreceu a manutenção das relações capitalistas.

O saber produzido pela medicina através do estudo do corpo possibilitou conhecer as enfermidades e desenvolver intervenções capazes de controlar os danos à saúde, aliviar o sofrimento e a dor, além de prolongar a vida. Essa dimensão possibilita entender o poder e a influência dos médicos na nossa sociedade. O que se configura hoje como a hegemonia do saber e cuidado médico. Tal profissional pode exercer suas atividades apenas com as ferramentas do seu próprio corpo, como seu cérebro, olhos, mãos, entre outros, o que o torna proprietário de todas as condições do processo. Assim, a manutenção da essência mais intelectual do seu trabalho permitiu ao médico ocupar o lugar de determinante e dominante do processo de trabalho (FRANCO; BUENO; MERHY, 2006).

Além disso, a medicina reconhecida como prática científica oportunizou aos médicos tornarem-se detentores de um saber que pode ser comprovado cientificamente, o que angariou mais poder a esses profissionais em detrimento de outras práticas e saberes curadores e tradicionais porque eram identificados como não científicos e considerados, dessa forma, como ineficientes.

Através da concepção da Medicina Científica, a medicina é direcionada por um conjunto de elementos estruturais que estão presentes na atualidade nas ações de saúde. Destes elementos, destacamos: o mecanicismo (o corpo é visto como uma máquina), o biologicismo (reconhecimento exclusivo das causas biológicas das doenças), o individualismo (o indivíduo é o objeto da medicina), a ênfase na medicina curativa e na especialização (SILVA JUNIOR, 2006).

A medicina incorporou as concepções do capitalismo, intervindo na reprodução da força de trabalho, no aumento da produtividade e reforçando a ideologia capitalista. “Incrementou seu papel normatizador da sociedade, medicalizando seus problemas sociais e políticos. Também abriu um novo mercado, o de consumo das práticas médicas e de saúde”. (SILVA JUNIOR, 2006, p. 47-48).

Outrossim, os interesses econômicos impulsionaram um modelo de atenção à saúde fundamentado no consumo de procedimentos, equipamentos, consultas médicas e medicamentos, além de constituir o hospital como local para tratamento da doença. Surgem, assim, novas necessidades sociais de saúde.

Por conseguinte, todo esse processo acarretou na crescente medicalização da sociedade. De modo que os indivíduos começaram a regular a

suas vidas a partir do conhecimento científico que a medicina produzia. Essa forma de pensar está presente na sociedade na atualidade e o processo de trabalho em saúde está impregnado dessas concepções. Com tal característica, as ideias da prática de saúde, oriundas dos preceitos médicos, repercutiram nas práticas dos demais trabalhadores da saúde e na expectativa dos próprios usuários.

Nesse sentido, o trabalho em saúde se desenvolve e se organiza baseado nas relações estabelecidas pelo capitalismo, voltado para o controle da doença como forma de recuperar a força de trabalho, ampliando o consumo das classes trabalhadoras. A doença é então delimitada ao corpo biológico individual. Enfoque este caracterizado pelo modelo clínico hegemônico, no qual o corpo é reduzido à sua dimensão biológica, em detrimento de outras dimensões do processo saúde-doença, o homem é reduzido à doença.

A saúde, seguindo essa lógica, é concebida enquanto mercadoria, a qual pode ser consumida e produzida, representando a concepção hegemônica do modo de produção capitalista, que nega a importância dos aspectos econômicos, políticos, socioculturais, socioepidemiológicos e históricos nos processos de saúde, doença e morte da população.

Esta compreensão pode ser reproduzida socialmente, mas é preciso olhar para as outras facetas da saúde, devido ao seu caráter complexo e subjetivo.

A saúde e a doença envolvem dimensões subjetivas e não apenas biologicamente científicas e objetivas, e a normatividade que define o normal e o patológico varia. As variações das doenças podem ser verificadas historicamente, em relação ao seu aparecimento e desaparecimento, aumento ou diminuição de sua frequência, da menor ou maior importância que adquirem em variadas formas de organização social (BACKES et al., 2009, p. 113).

Para Silva Júnior (2006) a concepção de saúde e doença é a mais importante na estrutura dos Modelos de Atenção à Saúde³ e em relação à capacidade de resolubilidade dos problemas e necessidades de saúde, visto que quanto maior sua capacidade explicativa de fenômenos que afetam o estado de saúde, maior sua capacidade de formular alternativas de solução.

³ **Modelo de Atenção a Saúde:** “Faz referência não a programas específicos, mas ao modo como se constrói a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar: do individual, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares, na promessa de construir a saúde”. (MERHY, 2006, p. 16).

Nesta perspectiva, a atenção à saúde requer uma reflexão em relação à concepção de mundo e a sua repercussão nas práticas e ações de saúde, voltando o seu enfoque especialmente para a promoção da saúde. Ampliando as possibilidades de atenção, de forma menos normativa, mais integral e resolutiva, ou seja, a promoção da saúde está relacionada à potencialização da capacidade individual e coletiva das pessoas para conduzirem suas vidas frente aos múltiplos condicionantes da saúde.

Diante desse contexto, torna-se pertinente discutirmos a constituição do trabalho, de acordo com Mendes-Gonçalves (1992), o trabalho é constituído por três elementos: o próprio trabalho (o qual discutimos anteriormente), o objeto de trabalho e os instrumentos ou meios de trabalho. Assim, para se configurar como um dado processo de trabalho esses componentes se relacionam entre si de forma recíproca e precisam ser analisados de maneira articulada.

O objeto pode ser considerado como o que vai ser transformado, é onde incide a ação do trabalhador, ou seja, a matéria-prima e, no âmbito da saúde, as necessidades humanas de saúde. No entanto, o objeto não existe por si só, mas sim quando o sujeito assim o delimita, quando há um projeto de transformação, com uma finalidade (MENDES-GONÇALVES, 1992; PEDUZZI; SCHRAIBER, 2006).

No que diz respeito ao meio de trabalho este pode ser compreendido como uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador interpõe entre si e o objeto de trabalho a fim de favorecer as possibilidades de intervenção sobre o objeto, servindo para conduzir a atividade sobre este. É dessa forma um instrumento de trabalho quando o sujeito provido de um projeto o utiliza (MENDES-GONÇALVES, 1992; PEDUZZI; SCHRAIBER, 2006).

Portanto, o usuário se constitui como o objeto no processo de trabalho em saúde, mas é também um agente. Em razão da efetivação das mudanças buscadas dependerem da sua existência. Diante dessa lógica, torna-se essencial que ele esteja ativamente envolvido para que tais mudanças ocorram.

Diferentemente dos outros processos de trabalho, o trabalho em saúde não resulta em bens materiais (mercadorias), o produto é a própria realização da atividade.

O processo de trabalho em saúde, como componente da ação social, também sofre interferência da conjuntura política, econômica, ideológica no campo da saúde, além de ser subsidiado por práticas do modo de produção capitalista. Este

contém especificidades que o diferenciam dos outros tipos de trabalho. Isto é, depende inteiramente da relação entre os sujeitos, dessa forma, o encontro entre os sujeitos é que possibilita a realização do trabalho em saúde. O trabalhador sozinho é incapaz de operacionalizar as ações em saúde. Desse modo, de acordo com Faria e Araújo (2010), o encontro se consistiu na matéria prima do trabalho em saúde, pois, é a partir do encontro que haverá a composição de formas para intervir no processo saúde-doença.

Portanto, compõem o processo de trabalho em saúde os instrumentos materiais e os não-materiais. Os primeiros correspondem aos medicamentos, equipamentos, materiais de consumo, entre outros. Os segundos são os saberes, que são responsáveis pela articulação entre os sujeitos e os instrumentos (MERHY, 2006; PEDUZZI; SCHRAIBER, 2006).

Além disso, para Merhy e Franco (2009), todo processo de trabalho articula trabalho em ato (trabalho vivo em ato) e consumo de produtos feitos em trabalhos anteriores (trabalho morto). Assim, trabalho morto é considerado como os produtos-meios, resultado de um trabalho humano anterior, ou seja, de um processo de trabalho já realizado, através de um trabalho vivo que se materializou. O trabalho morto pode estar envolvido no trabalho vivo em ato como os produtos-meios desse processo, como as ferramentas e matéria-prima. Já o trabalho vivo em ato é entendido como o trabalho feito em ato, ou melhor, o trabalho humano no momento em que é realizado, determinando a produção do cuidado. À medida que os agentes desse processo vão se afastando da finalidade do processo criador, temos o trabalho-vivo capturado.

Nessa perspectiva, Merhy (2006) discute a mediação do trabalho pelas tecnologias. Sendo que a interação entre estas no momento do trabalho vivo em ato configura o modo de produção do cuidado. Assim, no trabalho em saúde, para este autor, coexistem três tipos de tecnologias, são estas: tecnologia leve, tecnologia leve-dura e tecnologia dura. A primeira diz respeito às relações entre os sujeitos e expressam o trabalho vivo em ato; a segunda ao saber técnico-estruturado, que direciona o trabalho, o conhecimento científico e tecnológico, apesar de conter trabalho capturado, há a possibilidade de expressar o trabalho vivo; e a terceira aos instrumentos utilizados (seriam os equipamentos, instrumentos, máquinas, medicamentos, entre outros).

Dessa maneira, no encontro entre o usuário e o trabalhador de saúde emerge um espaço intercessor, no qual ocorre o trabalho vivo em ato (MERHY, 2006). Nesse espaço o trabalho é mediado pelas tecnologias e o modo como são empregadas define se teremos processos mais criativos, com maior interação relacional ou mais direcionados à lógica dos instrumentos duros. Nesse espaço surge a subjetividade tanto do usuário, como do profissional, se formando e se transformando durante o processo, e as relações estabelecidas entre os indivíduos e a sociedade configuram, constroem e criam o cuidado.

Destacamos a importância do encontro no processo de trabalho em saúde através da citação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, p. 56):

há, de um lado, uma pessoa com sua história de vida, condição social, cultura, saberes, concepções, valores, sentimentos e desejos singulares- que busca alívio de sua dor, do seu sofrimento, e de outro lado, uma pessoa também com sua história de vida, condição social, cultura, concepções, valores, sentimentos e desejos singulares, que é portadora de um conhecimento técnico que pode intervir nesse sofrimento e nessa dor. No encontro entre essas pessoas é que se realiza o trabalho em saúde.

Assim, o trabalho em saúde é construído através da relação entre o indivíduo e o profissional de saúde, em uma inter-relação constante com seus valores, concepções, sentimentos, ente outros. Essa dimensão retrata o aspecto individual do trabalho em saúde. Nessa perspectiva, emerge a importância de acolher as singularidades e valorizar a criatividade que surge no momento do encontro entre os sujeitos, compreendendo elementos subjetivos e objetivos que transitam em todo processo.

Deste modo, os profissionais da saúde tem sido incitados a superar o modelo biomédico de assistência à saúde, centrado na doença e voltado para o diagnóstico e a terapêutica, o tecnicismo e as relações impessoais. Direcionando suas ações para um modelo de atenção, centrado na promoção da saúde, levando em conta todas as dimensões do ser humano, ou seja, a biológica, psicológica, social, cultural e histórica, considerando a diversidade cultural do nosso país, melhorando a qualidade da assistência à saúde dos indivíduos, respeitando as suas singularidades e particularidades.

Diante de tal lógica Merhy (2013a) defende que o trabalho vivo em ato tem ação/poder transformador das práticas e modelos tecnoassistenciais em saúde. Assim, “cremos que na vida em movimento, o trabalho vivo em ato vai além dos

limites do instituído, provocando permanentemente novas instituições”. (MERHY, 2013a, p. 65). Essa premissa legitima a autonomia do trabalhador no seu espaço de atuação, desse modo, ele tem o poder de gerir os processos de trabalho, mudar a sua prática, a sua postura oferecendo uma assistência mais acolhedora e resolutiva.

A Atenção Básica em saúde, compreendida como a porta de entrada da rede de atenção e serviço de saúde, é constituída por uma equipe multiprofissional. Atende a população através da definição de um território ou área de abrangência de cobertura, que se obtém pela vinculação de um número de pessoas de determinada área. Nas relações estabelecidas nas USF está presente a subjetividade, e compreende-la torna possível novas reorganizações do processo de trabalho. Em especial na produção do cuidado ao idoso que é objeto desta pesquisa. Portanto, é fundamental que o processo de trabalho em saúde seja analisado e repensado para construirmos novas possibilidades de atendimento às necessidades dos idosos e suas famílias.

3.2 Produção do cuidado em saúde

A palavra cuidado é repleta de subjetividade e significado, assim torna-se complexa, apesar da sua naturalidade, visto que é um ato inerente ao ser humano. Este se estabelece através de uma relação entre as pessoas, entre si e também entre as coisas, desse modo, o cuidado se expressa e confunde-se com a expressão da vida, o que o torna essencial à manutenção e, quiçá, recuperação da vida.

O cuidado em saúde designa uma atitude de atenção por parte do profissional em relação ao usuário dos serviços de saúde, uma prática na qual se abre um espaço de escuta, empatia, responsabilização e vínculo. Assim, o cuidado é essencial para responder às necessidades dos idosos nos serviços de saúde através do uso de ferramentas que extrapolam o âmbito técnico-científico. Constituindo-se como elemento vital no encontro entre o profissional de saúde e o idoso. À medida que é carregado de subjetividade requer uma aproximação entre os envolvidos com vistas a ouvir o outro, compreender sua realidade, entendendo-o como um ser humano em sua totalidade (FARIA, 2010).

Nesse aspecto, Merhy (2013b) destaca que a crise na saúde relatada pelos usuários e explorada pela mídia está muito mais relacionada à falta de cuidado

enfrentada por esses no cotidiano das ações e serviços de saúde do que relacionada aos aspectos científicos e tecnológicos dessa área. O usuário “reclama não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema”. (MEHRY, 2013b, p. 71).

Essa realidade gera sentimentos desfavoráveis para a produção do cuidado ao idoso, tais como, insegurança, insatisfação, desproteção, entre outros. Dessa forma, evidencia-se a importância do estabelecimento de uma relação de cuidado em saúde, que requer uma postura que acolha, atenda, escute e responsabilize-se pelas necessidades do outro. Entretanto, a despeito de ser um elemento próprio da constituição do ser humano, ainda percebemos a dificuldade da adoção dessa postura nas práticas/ações de saúde.

Assim, a concepção de cuidado que aqui consideramos é designada por Ceccim (2005, p.1) como:

[...] a organização da gestão setorial e das práticas assistenciais que responda por uma concepção de saúde não centrada somente no tratamento de doenças, mas na inclusão de pessoas em sistemas de produção do cuidado à saúde e de participação na afirmação da vida.

Portanto, a produção do cuidado em saúde se relaciona com a ação integral, na qual o ser humano é compreendido na sua totalidade. Este se desenvolve a partir das práticas de trabalho voltadas para a escuta qualificada, que tem como características: ouvir o usuário com atenção, escutar os seus problemas de maneira empática, considerando a sua história de vida e as suas especificidades enquanto sujeito individual e coletivo, entendendo suas necessidades, com o compromisso de resolver os seus problemas (MERHY; FRANCO, 2013).

Nesse sentido, de acordo com o Caderno de Atenção Básica intitulado Envelhecimento e saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2007), para atender o idoso, é importante que os profissionais estejam preparados para lidar com as questões que envolvem o envelhecimento, inclusive no que diz respeito à dimensão subjetiva da pessoa idosa, além de superar a fragmentação do processo de trabalho e facilitar o acesso do idoso em todos os níveis de complexidade, buscando o desenvolvimento da autonomia destes.

Segundo Assis e outros (2010), a produção do cuidado compreende as seguintes dimensões teóricas: acesso aos serviços de saúde, acolhimento, vínculo, responsabilização e resolubilidade. Neste estudo para análise da produção do cuidado ao idoso nas USF foram adotadas duas dimensões, a saber: acolhimento e vínculo, conforme o Quadro 1.

Quadro 1: Dimensões de análise da produção do cuidado.

Dimensões de análise	Definição
Acolhimento	Ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda, em todo o percurso de busca (recepção, clínica, encaminhamento externo, retorno e remarcação) (SANTOS et al., 2007).
Vínculo	Estreita-se com o acolhimento, ampliando os laços relacionais, desenvolvendo afetos e potencializando o processo terapêutico (SANTOS; ASSIS, 2006).

Fonte: Apresentação parcial do quadro retirado de Assis e outros (2010).

Assim, o modelo de atenção à saúde necessita ser tecnologia leve dependente, com centralidade no usuário, voltado para ações cuidadoras que acolha e promova o cuidado integral, respondendo às necessidades e demandas de saúde dos idosos, superando a lógica da prática procedimento-centrada.

Nesta perspectiva se abre um leque de possibilidades na atenção ao idoso, visto que o trabalho vivo em ato, enquanto tecnologia leve, dispõe de recursos tecnológicos quase que inesgotáveis que produzem um compromisso com a ação de acolher, resolver, responsabilizar e promover a autonomia do sujeito (MERHY, 2013b).

Por conseguinte, o idoso deve ser valorizado nesse processo, expressando a sua intencionalidade, conhecimento, desejo, já que este é um momento interativo, onde o usuário também se constitui como agente.

No que diz respeito ao acolhimento, este se configura como a “relação entre o serviço/usuário com escuta qualificada para desvelar as necessidades dos que buscam à Unidade de Saúde da Família para uma produção do cuidado com responsabilidade, solidariedade e compromisso” (ANDRADE et al., 2014, p. 2).

Portanto, o acolhimento é uma forma de se produzir o cuidado em saúde, é uma prática do trabalhador que acontece no momento do encontro entre o trabalhador e o usuário. É uma das principais diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) e faz parte dos processos constitutivos das práticas de produção e promoção da saúde. Enquanto prática de saúde funciona como subsídio para promover a ampliação do acesso e o estabelecimento do vínculo, visto que favorece o estreitamento da relação entre profissional e usuário.

O trabalho centrado nas tecnologias leves, que proporciona o acolhimento e o vínculo, amplia a capacidade de atendimento e resolubilidade dos problemas de saúde dos usuários. Dessa forma, o acolhimento deve estar orientando todo o fluxo na rede de atenção e serviços (ASSIS et al., 2010).

Diante disso, a escolha das dimensões acolhimento e vínculo para análise da produção do cuidado ao idoso justifica-se pela compreensão que o acolhimento e o estabelecimento do vínculo perpassa toda ação do profissional de saúde e está envolvido com a escuta, a empatia, o atender, a responsabilização e o compromisso de resolver o problema de saúde do usuário, de forma multiprofissional, cooperativa e coletiva. Desse modo, a análise deste estudo através da perspectiva do acolhimento e vínculo poderá trazer discussões que contribuam para inverter a lógica de funcionamento e organização do serviço através de uma postura mais humanizada, ativa, aberta a escuta e solidária.

É preconizado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) que o primeiro contato do idoso com a rede de atenção e serviços seja realizado através da Atenção Básica (BRASIL, 2006), a qual funciona como porta de entrada na rede de atenção à saúde. Entretanto, Assis e outros (2010) apontam que uma das grandes dificuldades em garantir o acesso justifica-se pela falta de integralidade na rede de ações e serviços, caracterizada pela fragmentação e desarticulação das ações no atendimento das necessidades de saúde dos indivíduos.

Por sua vez, o vínculo é definido como a relação próxima entre o profissional de saúde e o usuário, na qual existe um espaço propício para a construção da autonomia e da cidadania, através de uma relação de troca,

confiança, zelo, atenção, responsabilização e compromisso com as necessidades e problemas de saúde dos usuários (MERHY, 1997). Essa relação deve propiciar a troca de afetos e assim favorecer a produção do cuidado em saúde a partir da horizontalização das relações, no qual o idoso deve ser considerado como sujeito produtor da sua saúde (MIRANDA, 2014).

A ESF permite o acesso às ações e serviços de saúde para os grupos sociais mais vulneráveis, como os idosos por exemplo. Assim, é importante que as USF representem para o idoso o vínculo com o sistema de saúde por meio de uma equipe multiprofissional, que vivencie o compromisso de assumir a saúde como direito de cidadania, humanizando as práticas, com a perspectiva de satisfação dos usuários através do estreito relacionamento com os profissionais de saúde (AVEIRO et al., 2011).

A relação estabelecida entre o profissional de saúde e o idoso com estas características favorece a resolubilidade, componente da produção do cuidado. Resolubilidade relaciona-se com a capacidade de dar respostas positivas aos problemas/necessidades da população, decorrente da produção de um cuidado integral, compreendido nas seguintes dimensões: acesso, vínculo, acolhimento e responsabilização (ASSIS et al., 2010).

Por conseguinte,

a produção do cuidado dá-se por uma complexa trama que tem como protagonistas sujeitos individuais e coletivos, carregados de certas intencionalidades e impulsionados por subjetividades, que os fazem operar no campo social definindo suas relações, produzindo os cenários para a construção do cuidado (MERHY; FRANCO, 2013, p. 112).

Nesta perspectiva, a relação estabelecida entre o trabalhador e o usuário se configura através do trabalho vivo em ato, ou seja, em um processo de relações, no momento do encontro. Através desse encontro é construído um espaço intercessor de trocas, logo, tanto um agente como o outro exercem forças interativas que podem promover a produção do acolhimento, do vínculo, da confiança, e da responsabilização, além de possibilitar o uso da capacidade criativa para resolução dos problemas de saúde (MERHY, 2013a). Assim, os idosos ao procurarem os serviços de saúde buscam uma relação de confiança, na qual exista o compromisso do trabalhador com as suas necessidades.

Esse processo é permeado pela intersubjetividade e caracterizado pela liberdade que os sujeitos tem em desempenhar as suas ações e conduzir esse encontro, o que o configura como dinâmico e interacional. A possibilidade dos agentes atuarem com certo grau de autogoverno no seu espaço micropolítico de produção permite que o processo de trabalho em saúde tenha a capacidade de provocar mudanças na operacionalização do cuidado em saúde. Desse modo, “os principais parâmetros para a análise do sentido de um modelo assistencial são aqueles que expressam a maneira como a tecnologia leve opera no interior do sistema de saúde” (MERHY, 2013b, p. 75). Por conseguinte, vale ressaltar que para se produzir a qualidade na atenção ao idoso, com perspectiva na produção do cuidado integral, é necessário que haja um equilíbrio entre as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde (tecnologias duras, leve-duras e leves).

Entretanto, o modelo tecnoassistencial predominante, o qual se busca superar através da ESF, ainda é o médico-hegemônico, voltado para a produção de procedimentos, que privilegia a tecnologia dura, legitimando o hospital como espaço prioritário no cuidado à saúde, caracterizado pelos altos custos e baixa resolubilidade. A atenção à saúde encontra-se, desse modo, relacionada à produção de consultas e procedimentos em detrimento da produção do cuidado em si (MERHY; FRANCO, 2013).

A produção do cuidado torna-se um desafio para o sistema de saúde, visto que exige a superação do modelo biomédico, no qual as ações de saúde estão historicamente estruturadas, além de demandar uma postura acolhedora dos trabalhadores, com escuta qualificada e responsabilização. Os dispositivos que compreendem a produção do cuidado operam no campo das tecnologias leves, na realização do trabalho vivo em ato, portanto, para que a produção do cuidado seja garantida é necessária uma mudança nas práticas de saúde.

Através das propostas de mudança da década de 1970 com a Reforma Sanitária o nosso país buscou reverter o modelo marcado pela exclusão social, falta de integralidade e inadequação no atendimento às necessidades de saúde da população, entretanto, ainda se observa dificuldades na efetivação dos princípios conquistados através do SUS.

O movimento da Reforma Sanitária culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, e propôs que a saúde fosse entendida como um direito do cidadão, um dever do Estado e o acesso a todos os bens e serviços que a

promovam e recuperem fosse universal, propondo como alternativa ao modelo biologicista, as diretrizes de prevenção e promoção à saúde (BRASIL, 2012).

Paradoxalmente, apesar dos avanços, a atenção à saúde continuou marcada pela ineficiência e insatisfação da população, com práticas norteadas pela visão biologicista do processo saúde-doença, na qual a saúde e a doença são concebidas como fenômenos biológicos e individuais, extraídas do contexto social, reduzidas ao aspecto biológico do organismo humano e com ações predominantemente curativistas. Esse modelo é caracterizado pela redução da dimensão da tecnologia leve no trabalho em saúde.

Esse cenário requeria uma estratégia para responder à crise do modelo assistencial. Assim, em decorrência da necessidade de superação do modelo tecnicista/hospitalocêntrico, foi criada a ESF, na qual o núcleo da atenção é a família, no seu ambiente social e físico, o que oportuniza compreender o processo de saúde-doença em toda sua complexidade. O eixo do processo de trabalho passou a ser a vigilância à saúde e as ações de prevenção foram incorporadas às práticas.

A ESF se constitui como a principal porta de entrada do idoso ao sistema de saúde e deve proporcionar a atenção integral a este, considerando sua singularidade e os aspectos sociais, econômicos e culturais. Ordena-se através dos princípios da acessibilidade, da universalidade, da responsabilização, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

Nesta perspectiva, a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012, p. 21) reconhece o cuidado como elemento essencial para o desenvolvimento das ações:

a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

No entanto, de acordo com Merhy e Franco (2013), a proposta da ESF não foi eficiente para mudar a configuração das tecnologias exploradas na prática clínica, que continuou subordinada ao modelo hegemônico. Desse modo, ainda é latente a necessidade de uma reflexão sobre as práticas profissionais no sentido de (re)significar o processo produtivo de saúde com vistas a uma inversão tecnológica, o que depende não apenas de políticas públicas, mas, também, do agir do trabalhador na micropolítica do seu processo produtivo, no momento do trabalho vivo em ato, no acontecer da produção do cuidado.

Portanto, para atender as necessidades de saúde dos idosos respeitando os princípios da Atenção Básica e para mudança da lógica de atendimento aos problemas de saúde é necessário investir em novas tecnologias. Nesse sentido, Merhy (2013a) destaca que é preciso investir na tecnologia leve que opera no interior do sistema, ou seja, na micropolítica, no encontro entre o profissional e o usuário. Para o autor, este momento se constitui como o mais singular na produção do cuidado, o qual pode permitir ou não o estabelecimento do vínculo, acesso, responsabilização, entre outros.

A produção do cuidado em saúde compreende a adesão a um modelo tecnoassistencial que explore a capacidade cuidadora dos profissionais de saúde, no campo das tecnologias leves, em defesa da vida individual e coletiva. Essa configuração contribui para proporcionar espaços de acolhimento, vínculo e responsabilização e perpassa pela atitude do trabalhador, a partir da exploração do seu poder de autogoverno para decidir e escolher a forma como vai concretizar a produção do cuidado.

3.3 O idoso no contexto da Estratégia Saúde da Família

O processo de envelhecimento demográfico repercute em diversas dimensões das esferas sociais, políticas, econômicas, culturais e também no setor saúde. O aumento de indivíduos idosos na população gera desafios para o SUS, uma vez que estes possuem demandas e necessidades específicas para manutenção da vida.

Essas demandas e necessidades dos idosos tem ganhado visibilidade mediante o aumento dessa população, elevando a preocupação dos profissionais e dos serviços de saúde para atendê-los e acolhê-los. Nesse sentido, observa-se

como consequência do processo de transição demográfica, outro processo de transição, a epidemiológica, relativa a uma modificação no perfil de doenças da população. As doenças prevalentes deixam de ser majoritariamente agudas, como as doenças infecto-parasitárias, e passam a ser predominantemente crônicas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

O aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas constitui quadros patológicos mais complexos e de intervenções mais caras, que exigem atenção qualificada, equipe multidisciplinar, equipamentos de altos custos, maior utilização dos serviços de saúde, entre outros. Tal configuração enseja novas práticas e medidas de intervenção do governo, como a implementação de ações de prevenção. Entretanto, ainda há carência nesse sentido, apesar de essa ser uma das prioridades da Atenção Básica (BRASIL, 2007).

Os idosos em nosso país até a década de 1970, do século XX, recebiam, principalmente, atenção de cunho caritativo de instituições não governamentais, tais como entidades religiosas e filantrópicas. Reflexo da desigualdade que caracterizava o acesso aos serviços e ações de saúde. No entanto, essa configuração mudou a partir da criação do SUS, que garantiu através da Constituição Federal o acesso a todos os bens e serviços que promovam e recuperem a saúde (RODRIGUES et al., 2007).

Nesta perspectiva, o idoso começa a usufruir dos serviços e ações de saúde como direito ao exercício de sua cidadania. Através da Política Nacional do Idoso (Lei 8.842/94), criada no ano de 1994, esse direito é reforçado, mediante a garantia ao idoso à assistência à saúde em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 1994).

Ainda com o intuito de assegurar uma velhice mais digna, no ano de 2006 foi criada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que define a Atenção Básica como porta de entrada para a atenção à saúde do idoso. Esta Política admite que o principal problema de saúde que pode afetar o idoso é a perda da sua capacidade funcional, ou seja, a perda da habilidade física e/ou mental para realização das atividades da vida diária (BRASIL, 2006).

A capacidade funcional tem sido considerada o novo paradigma de saúde, com relevância particular para o idoso, dessa forma, o envelhecimento saudável está relacionado com a saúde mental, a saúde física, independência na vida diária, integração social, independência econômica e suporte familiar. O

equilíbrio entre esses elementos proporcionaria o bem-estar aos idosos (AVEIRO et al., 2011).

Assim, para Silvestre e Costa Neto (2003), o cuidado ao idoso deve ser baseado na família e na Atenção Básica de Saúde, em especial nas Unidades de Saúde da Família, que precisam representar ao idoso o vínculo com o sistema de saúde. Além de abordar esses indivíduos de forma a contribuir com a melhoria da sua qualidade de vida, executando medidas de promoção e proteção específicas para sua saúde, com observação nas mudanças físicas patológicas e fisiológicas.

Nesse sentido, Motta, Aguiar e Caldas (2011), afirmam que no contexto da ESF é essencial que seja fomentada a promoção do envelhecimento saudável e da qualidade de vida dos idosos. Para isso, o atendimento integral torna-se fundamental à medida que o trabalho em rede de atenção à saúde aumenta o potencial de resolubilidade das necessidades de saúde dessa população. Ainda de acordo com os referidos autores, o cuidado adequado ao idoso requer um sistema de saúde organizado, articulado e coordenado com cada nível de complexidade.

O governo tem investido em políticas para garantir os direitos dos idosos e nortear as ações sociais e de saúde para esses indivíduos. Destacamos a Política Nacional do Idoso (Lei 8. 842/94), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria 2.528/06) e o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/03) (BRASIL, 1998; BRASIL, 2003; BRASIL, 2006).

O Estatuto do Idoso (Lei 10741/2003) no Art. 15 destaca que é “assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde”. (BRASIL, 2003, p.1).

Outrossim, a Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842) tem por objetivo assegurar os direitos sociais dos idosos, inclusive na área da saúde. Dispõe em seu bojo sobre a garantia da assistência à saúde de forma integral, em todos os níveis da atenção. Esta lei é regulamentada pelo Decreto 1.948/96, que reforça a garantia do atendimento ao idoso de forma hierarquizada a partir da Atenção Básica, reforçando o papel das USF na atenção a esses usuários (BRASIL, 1994; BRASIL, 1998).

De acordo com Oliveira e Tavares (2010), a USF constitui-se em espaço privilegiado para atenção integral à saúde do idoso, uma vez que a viabilidade de

aproximação dos profissionais de saúde com a comunidade e a atenção domiciliária possibilita atuar de forma contextualizada na realidade vivenciada pelos idosos no seio familiar.

Nesse sentido, o trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde das USF necessita estar pautado na assistência integral e contínua aos membros da família, em todos os ciclos da vida, inclusive na velhice. Segundo Silvestre e Costa Neto (2003), o atendimento ofertado ao idoso nas Unidades de Saúde da Família precisa lançar mão de estratégias para melhoria da manutenção do convívio social e familiar, da sua qualidade de vida, com medidas de proteção específica, de identificação precoce de riscos e agravos, bem como ações de prevenção e de promoção do envelhecimento ativo e saudável. Além de proporcionar uma atenção resolutiva, integral e humanizada.

Contudo, a integralidade da atenção ainda é um desafio, visto que, o idoso esbarra em um sistema de saúde marcado pela fragmentação e descontinuidade das ações, fundamentado no modelo médico centrado e curativista. O atendimento prestado para essas pessoas é organizado através da oferta de procedimentos e de programas pré-estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Essa configuração tem como características a baixa resolubilidade dos problemas de saúde e o alto custo da assistência, o que resulta na baixa qualidade da atenção.

A resolubilidade perpassa por uma concepção de saúde-doença mais ampla e complexa que vai além da percepção biologicista, assim, a necessidade de saúde compreende aspectos subjetivos capturados no momento do encontro entre o trabalhador e o usuário, o que revela o seu componente relacional (OLIVEIRA, 2009).

Ademais, outro desafio encontrado na atenção ao idoso é a conformação de redes de suporte social e familiar para atender as demandas das transformações e adaptações inerentes ao processo de envelhecimento, uma vez que a responsabilidade em atender as necessidades de saúde do idoso não é apenas da Atenção Básica (MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011).

Nesta perspectiva, apesar da ESF se constituir como ferramenta do Ministério da Saúde para reorganização do modelo tradicional, paradoxalmente a organização do processo de trabalho se estrutura a partir de programas de saúde direcionados para atender certos grupos populacionais de acordo com uma agenda (programação) prevista pela equipe. Essa configuração pode se constituir como um

fator que dificulta o acesso e o cuidado integral ao idoso. De acordo com Santos (2010, p. 37), “a integralidade deve partir inicialmente da organização dos processos de trabalho na Atenção Básica, com atuação multiprofissional consubstanciada nos dispositivos do acolhimento e vinculação dos usuários”.

Essa realidade é uma das grandes contradições encontradas na ESF, o que requer uma inversão nos modos de produção do cuidado ao idoso. Ultrapassando ações direcionadas por uma visão biologicista do processo saúde-doença e atos predominantemente prescritivos e curativos, de forma a valorizar a sua completude e singularidade, considerando a multicausalidade que permeia o processo saúde-doença, onde a saúde seja mais valorizada do que a doença e o idoso seja concebido no seu contexto individual e coletivo.

De acordo com Motta, Aguiar e Caldas (2011), os idosos não são atendidos na ESF de forma adequada, o que reitera a desvalorização social da velhice, comumente, vivenciada na nossa sociedade. Dessa forma, os autores destacam a falta de preparo dos profissionais de saúde na atenção aos idosos e atribuem esse aspecto a lacunas no processo de formação profissional. Assim, torna-se necessário investir no desenvolvimento de competências para lidar com o envelhecimento da população, umas das alternativas seria o investimento na educação permanente para os profissionais já inseridos no mercado de trabalho, o que abriria um espaço de discussão e aprendizado direcionando a atenção ao idoso.

A Política Nacional do Idoso (Lei 8.842/94) dispõe sobre a necessidade de ampliação das discussões sobre a velhice e o envelhecimento através da inclusão do tema em todos os níveis de formação (BRASIL, 1998), o que poderá contribuir para a valorização social do idoso. Desse modo, o idoso deve ser abordado na perspectiva biopsicossocial, através do trabalho interdisciplinar e multiprofissional.

Contudo, Rodrigues e outros (2007) evidenciam que além da preocupação com a formação profissional para atenção é importante lutar pelos direitos sociais e humanos dos idosos, em busca da construção/fortalecimento da sua cidadania. Portanto, a atenção ao idoso também depende de políticas públicas efetivas e integradas, uma vez que esses indivíduos buscam com grande frequência os serviços de saúde, o que pode gerar inadequações que repercutem na sua qualidade de vida.

A atenção ao idoso demanda a compreensão do envelhecimento como um processo natural da vida e não patológico. Apenas os quadros patológicos não podem definir a atenção que será desprendida, esta deve ter como maior característica a integralidade das ações e o acolhimento desse indivíduo como um ser humano complexo, social, biológico, individual, coletivo, que merece ter uma expectativa de vida ativa, com autonomia e qualidade. Além disso, é importante que os profissionais atentem para as mudanças não fisiológicas que podem ocorrer nesse período.

O envelhecimento é um processo natural e singular na vida do ser humano, que compreende aspectos biológicos e sociais. Entretanto, na nossa sociedade é comum associar essa fase a perdas, o que gera uma percepção da velhice como sinônimo de incapacidades, discriminação e desigualdade. Esse modo dificulta o respeito ao direito social de cidadania, em especial do idoso, que precisa enfrentar os aspectos preconceituosos que envolvem essa fase para viver com mais dignidade e respeito.

Os idosos, assim como as pessoas em qualquer outra fase da vida, possuem especificidades próprias que necessitam ser compreendidas, assumidas e conhecidas no momento do seu atendimento, estimulando um desenvolvimento ativo que decorre da autonomia, participação no seu contexto social, envolvimento com atividades que tragam prazer, pensamento que rejeita a ideia da visão negativa sobre o envelhecimento e a velhice.

Nesse sentido, a PNSPI tem como finalidade “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde”. Esse é um dos marcos legais que garante o direito à saúde da pessoa idosa no âmbito do SUS (BRASIL, 2006, p. 2).

Assim, é essencial o desenvolvimento de atividades que estimulem o autocuidado, a autonomia, valorizem as habilidades e capacidades dos idosos, além da criação de condições para o idoso conviver bem no âmbito social e familiar. Desse modo, com o intuito de percorrer novos caminhos que possam contribuir para a construção de novos modos de produção do cuidado permeado pela subjetividade para um novo agir e pensar em saúde é imprescindível (re)pensar sobre o processo de trabalho e produção do cuidado.

4 METODOLOGIA

“A saúde é um tesouro inestimável. É na descoberta do corpo que aprendemos a usar a sabedoria para expressar nossas vontades, sonhos, desejos, cuidado.

Ao cuidar do corpo nos desvelamos e ao cuidar do outro esse conhecimento envolve-nos nas linhas da atenção, da disciplina, do respeito e, conseqüentemente, passamos a nos comunicar melhor e ter uma saúde de qualidade”.

(SILVA, 2014)

4 METODOLOGIA

A metodologia é entendida como o caminho a ser percorrido para compreender a realidade estudada, assim, reúne métodos, teorias, técnicas e instrumentos que orientam o pesquisador na trajetória da investigação científica.

4.1 Tipo de estudo

Este trabalho se insere na abordagem qualitativa de pesquisa à medida que busca compreender aspectos subjetivos envolvidos na produção do cuidado ao idoso.

A pesquisa qualitativa “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes” (MINAYO, 2011, p. 21). Assim, a escolha é justificada pela possibilidade de responder ao objeto de estudo.

Nesse sentido, a opção pelo tipo de estudo não é feita aleatoriamente e nem pelo desejo do pesquisador, mas deve envolver a dimensão do objeto de trabalho, com suas características. Por conseguinte, com a pesquisa pretendeu-se explorar dados subjetivos que contribuíssem para revelar a realidade que circunda a produção do cuidado em saúde, no campo das ações, significados, comportamentos e subjetividades.

A pesquisa qualitativa é caracterizada por uma expressão da realidade através do ponto de vista dos sujeitos, logo, supõe o contato direto entre pesquisador e pesquisado no contexto do ambiente investigado. Essa aproximação no campo do estudo permite compreender o fenômeno de forma mais ampla, complexa e particular.

4.2 Campo de estudo

A cidade escolhida para realização do estudo foi Feira de Santana - BA e o campo de investigação foram as Unidades Saúde da Família.

Inicialmente, faremos uma caracterização do município de Feira de Santana para, em seguida, contextualizar o campo de investigação propriamente dito.

A cidade de Feira de Santana é a segunda mais populosa do Estado da Bahia e a maior do interior nordestino. Ocupa a sexta posição de maior cidade do interior do Brasil e conta com uma população maior que oito capitais do nosso país, sendo considerada uma região metropolitana. Em virtude da sua posição geográfica privilegiada (um dos principais entroncamentos rodoviários do Nordeste), passou a ser o segundo maior polo comercial do Estado (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

A população total estimada é de 556.786 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). O número total de pessoas com 60 anos ou mais no município corresponde a 48655,39. No ano de 2012 existiam 33049 idosos cadastrados na ESF, sendo 14221,00 do sexo masculino e 18828,00 do sexo feminino, no mesmo ano a cobertura da população idosa pela ESF condizia a 66, 95% (BRASIL, 2010; FEIRA DE SANTANA, 2013).

No que diz respeito à saúde, o município de Feira de Santana encontra-se habilitado na forma de Gestão Plena do Sistema de Saúde Municipal, tendo assinado o Termo de Compromisso no ano de 2009, e conta com um total de 84 USF (20 na zona rural e 64 na zona urbana) e 90 Equipes de Saúde da Família (21 na zona rural e 69 na zona urbana). Sendo 37 com equipe de saúde bucal (composta por um cirurgião-dentista e um auxiliar de saúde bucal - ASB, cada), dentre essas, 22 são da área urbana e 15 da área rural. Das USF, 38 funcionam em sede própria e 46 estão instaladas em casas alugadas. No ano de 2013 o percentual de cobertura das Equipes de Saúde da Família foi de 63,11%. O município dispõe de uma rede de serviços de saúde, totalizando 179 Unidades de Saúde, das quais 126 são municipais, três estaduais, duas filantrópicas e 48 privadas (FEIRA DE SANTANA, 2013).

As USF possuem um total de 922 profissionais atuando, destes 217 são de nível superior (86 enfermeiros, 86 médicos e 37 odontólogos) e 373 profissionais de nível médio (214 técnicos de enfermagem, 37 auxiliares de saúde bucal e 671 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (FEIRA DE SANTANA, 2014a).

As ações desenvolvidas na atenção à saúde do idoso pelas Equipes de Saúde da Família, no ano de 2013, se concentraram nas consultas médicas (51.045) e nas consultas de enfermagem (12.330), seguido das consultas em saúde bucal (2.008), das atividades educativas na unidade (1.202), e das visitas domiciliares do médico (1.012) (FEIRA DE SANTANA, 2013).

Ressaltamos que o estudo teve como campo de investigação propriamente dito as Unidades Saúde da Família com saúde bucal. Essa escolha é justificada pela possibilidade de explorarmos a multiplicidade de saberes e práticas através do encontro com a equipe multiprofissional completa. Elas foram escolhidas a partir dos seguintes critérios:

- USF com equipe completa (enfermeiro, médico, auxiliar/técnico de enfermagem, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e agente comunitário de saúde);
- USF localizadas na zona urbana;
- USF com mais de um ano de implantação, visto que uma das dimensões de análise da produção do cuidado é o vínculo, assim, poderá ser melhor apreendido em unidades que já estejam funcionando a pelo menos um ano.
- USF com mais de 500 idosos cadastrados na área de abrangência.

Mediante os critérios de inclusão, foram definidas três USF como cenário da pesquisa. A seguir, descreveremos as características das unidades selecionadas.

4.2.1 Unidade de Saúde da Família Asa Branca

A Unidade é localizada no bairro de Asa Branca. Existem 8.864 pessoas e 2.159 famílias cadastradas, em relação à quantidade de idosos são 386 do sexo masculino e 471 do sexo feminino, totalizando 857 idosos na área adstrita. Em relação ao abastecimento de água, 20,38% corresponde à rede pública, 78,93% a poço ou nascente e 0,69% a outros. No que tange a rede de esgoto, 1,30% é sistema de esgoto, 93,65% é fossa e 5,05% é céu aberto. A grande maioria das casas são construídas com tijolos (99, 58%), 0,23% de taipa revestido, 0,09% de taipa não revestido, 0,05% de madeira e 0,05% de material aproveitado (FEIRA DE SANTANA, 2014b). Fazem parte da equipe 11 ACS, um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, um agente administrativo, um ASB, um cirurgião dentista, um auxiliar de serviços de limpeza e a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF (nutricionista, fisioterapeuta, assistente social e professor de educação física). Funciona em sede própria e em relação a sua estrutura física possui uma recepção, três sanitários (um para funcionários, um para os usuários e um que funciona na sala do médico), uma sala de reuniões, uma para farmácia, uma sala para armazenamento dos prontuários, uma de curativo, uma de imunização, um

expurgo, uma cozinha, uma sala de esterilização, uma para administração de medicamentos, três consultórios (médico, de enfermagem e odontólogo) e mais uma sala onde funcionam os atendimentos do NASF.

4.2.2 Unidade Saúde da Família Feira VI

Está localizada no bairro do Feira VI, tem 8.164 pessoas e 2.018 famílias cadastradas, em relação a quantidade de idosos, esses totalizam 789 pessoas, sendo 343 do sexo masculino e 446 do sexo feminino. Sobre o abastecimento de água, 48,56% é feito pela rede pública, 49,5% através de poço ou nascente e 1,93% outros. A respeito da rede de esgoto, 50,35% utilizam o sistema de esgoto, 35,78% fossa e os outros 13,88% é céu aberto. 92,22% da população cadastrada usufruem da rede elétrica. Em relação aos tipos de casas, 97,67% foi construída com tijolo, 0,5% com taipa revestida, 0,05% com taipa não revestida, 0,15% com madeira, 1,19% com material aproveitado e 0,45% com outros materiais (FEIRA DE SANTANA, 2014b). A equipe é composta por 12 ACS, 01 um médico, uma enfermeira, um cirurgião dentista, duas técnicas de enfermagem, uma auxiliar de limpeza, um agente administrativo, uma ASB, e os componentes da equipe do NASF. A estrutura física contém uma sala de vacina, uma para medicação, uma para curativos, uma para a realização de pequenos procedimentos, uma copa, uma sala para arquivar os prontuários, um almoxarifado, dois sanitários (um para uso dos usuários e outro para a equipe), e três consultórios (médico, odontólogo e de enfermagem).

4.2.3 Unidade Saúde da Família Campo Limpo II

A unidade é localizada no bairro do Campo Limpo, ao lado de um asilo para idosos. Existem 6.010 pessoas e 1.623 famílias cadastradas. Em relação à quantidade de idosos, 302 são do sexo masculino, 368 do sexo feminino, totalizando 670 pessoas idosas. O abastecimento de água é realizado pela rede pública (84,17%), por poço ou nascente (15,03%) e por outras formas não especificadas (0,80%). A rede de esgoto corresponde a 43,5% sistema de esgoto, 55,39% fossa e 1,11% céu aberto. No que diz respeito ao tipo de casa, 96,55% foi construída com tijolo, 2,09% com taipa revestida, 0,31% com taipa não revestida, 0,8% com madeira

e 0,25% com outros materiais não especificados (FEIRA DE SANTANA, 2014b). A estrutura física contém uma recepção, uma sala para o NASF, dois sanitários (um para o usuário e o outro para os funcionários), três consultórios (médico, odontólogo e de enfermagem), uma sala de esterilização, uma de imunização, uma de curativo e outra do banco de leite. A equipe é composta por um enfermeiro, um médico, um cirurgião dentista, três técnicas de enfermagem, um ASB, um agente administrativo, um auxiliar de serviços gerais e a equipe do NASF.

4.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram os profissionais de saúde das USF de Feira de Santana - BA, sendo considerados os seguintes: enfermeiros, auxiliar/técnicos de Enfermagem, médicos, cirurgião dentista, auxiliar de saúde bucal, agente comunitário de saúde, além dos profissionais da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, selecionados de acordo com as seguintes características: profissionais de saúde integrantes das equipes da ESF que tenham, no mínimo, seis meses de atuação na USF pesquisada, independente do seu vínculo empregatício. Torna-se importante destacarmos que ao selecionarmos tais participantes atentamos para os seguintes critérios de exclusão: profissionais de saúde que estavam afastados do serviço por motivo de férias, licença médica e/ou licença maternidade no período da coleta.

Por se tratar de uma pesquisa na abordagem qualitativa, para garantir a saturação amostral, houve a preocupação com as representações, o conhecimento, o aprofundamento e a amplitude dos temas pelos participantes, bem como, as práticas, atitudes e comportamentos referidos através das falas, propiciando contemplar a complexidade do problema investigado sob as diversas nuances. Dessa maneira, o número de entrevistas seguiu o critério da saturação e complementariedade dos dados. Assim, a coleta foi encerrada quando os conteúdos das entrevistas começaram a se repetir, o que caracteriza a saturação dos dados (MINAYO, 2011).

A Estratégia Saúde da Família é constituída por uma equipe multiprofissional, com equipe mínima composta por: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. Os profissionais de saúde bucal

(Cirurgião Dentista e Auxiliar de Saúde Bucal) podem ser acrescentados nessa constituição (BRASIL, 2012).

Fizeram parte da pesquisa um total de 23 sujeitos, contemplando todas as categorias profissionais, que fazem parte da equipe básica da ESF. Dentre esses, dois eram enfermeiros, dois médicos, três cirurgiões dentistas, cinco técnicos de enfermagem, um ASB, oito ACS, um professor de educação física e uma nutricionista. Houve predominância de pessoas do sexo feminino (78, 3%), o tempo de trabalho na unidade variou entre 11 (onze) meses a 16 (dezesseis) anos, a carga horária de trabalho, dos entrevistados, na USF foi de 40 horas semanais, vale ressaltar que os sujeitos que apresentaram menor tempo de trabalho estão sob regime temporário. Quanto ao vínculo profissional 100% dos ACS e quatro técnicas de referência dos programas são efetivos, os demais profissionais da Atenção Básica da cidade de Feira de Santana - BA são cooperativados (FEIRA DE SANTANA, 2014a).

Os participantes foram identificados através da sigla ENT., seguida do número correspondente à ordem da realização da sua entrevista, logo, o primeiro entrevistado corresponde a ENT.01 e assim sucessivamente.

4.4 Técnicas e instrumentos de coleta de dados

O momento da coleta de dados é muito importante na pesquisa qualitativa porque é nessa fase que vai originar o material de interesse do pesquisador, confirmando ou refutando seus pressupostos e objetivos.

Um das técnicas adotadas para a coleta de dados foi a entrevista. Esta pode ser entendida como o encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto. A entrevista deve ir além de uma simples conversa, assim, precisa ser orientada para buscar respostas para os objetivos da pesquisa (SANTANA; NASCIMENTO, 2010).

A entrevista é um instrumento privilegiado na coleta de dados, visto que a fala é reveladora das subjetividades que envolvem as práticas das pessoas, além de ser um processo permeado pela intersubjetividade entre pesquisador e pesquisado. Dessa forma, há valorização do sujeito através da escuta, proporcionando o encontro entre o entrevistador e o entrevistado, o que permite maior flexibilidade

para garantir a resposta desejada, da mesma forma pode ser observada a maneira como são ditas as informações, explorando aspectos subjacentes à verbalização.

No entanto, essa técnica também oferece limites, tais como, dificuldade de expressão do entrevistado, possibilidade de o entrevistado ser influenciado, consciente ou inconscientemente pelo pesquisador e retenção de alguns dados importantes, por preocupação de que sua identidade seja revelada (HAGUETTE, 2001; MINAYO, 2010).

Nesse sentido, com o intuito de atingir os objetivos propostos nesta pesquisa e de explorar as vantagens e minimizar os limites da técnica, foi escolhida a entrevista semiestruturada. A entrevista semiestruturada pode proporcionar ao entrevistado maior liberdade para desenvolver as situações abordadas e ao pesquisador a possibilidade de intervir de forma a explorar mais amplamente as questões (MINAYO, 2010).

A entrevista semiestruturada pode ser compreendida como aquela

que parte de certos questionamentos básicos apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as repostas do informante. (TRIVIÑOS, 2009, p. 146).

Assim, foi realizado um roteiro (APÊNDICE A) como instrumento para coleta de dados através da entrevista, com a finalidade de indicar à pesquisadora e pesquisado como acontecerá a comunicação entre estes. O roteiro contém duas partes. Na primeira parte, estão os dados sociodemográficos do entrevistado e na segunda parte, os temas norteadores da entrevista. Todo o processo de coleta dos dados seguiu as normas estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/2012 (BRASIL, 2013), mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) pelos entrevistados. As entrevistas foram gravadas e arquivadas em CD-R.

Antes de iniciar a coleta de dados, a pesquisadora enviou uma cópia do projeto à Secretaria Municipal de Saúde e ofício solicitando a permissão para a realização do estudo no campo escolhido. Após a autorização, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEFS. Posteriormente à aprovação da pesquisa pelo CEP, a pesquisadora se apresentou nas USF selecionadas e explicou os objetivos e relevância da pesquisa às equipes, além de

informar quanto à aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa e a anuência da Secretaria Municipal de Saúde quanto à sua realização, solicitando então, a autorização para entrar no campo e a colaboração da equipe para participar do estudo. Todos os sujeitos convidados aceitaram participar.

A duração das entrevistas foi flexível, tendo um intervalo de tempo mínimo de 24 minutos e máximo de uma hora e 20 minutos. O local e o horário para a realização da entrevista foram combinados anteriormente com o entrevistado, respeitando o desenvolvimento das suas atividades. As entrevistas ocorreram em salas que permitiam o respeito à privacidade dos participantes. As transcrições das entrevistas gravadas deram-se no mesmo dia da sua realização.

O projeto de pesquisa foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana sob parecer nº 846.144 (CAAE: 34059514.3.0000.0053). A coleta de dados iniciou-se após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS, no período de outubro a novembro do ano de 2014, nas próprias USF e no horário do expediente, por opção dos participantes, o que contribuiu para maior aproximação com o campo. As entrevistas foram gravadas em aparelho de MP4, mediante a autorização dos entrevistados. Apenas um participante não concordou com a gravação da entrevista e o seu desejo foi respeitado, fazendo-se o registro das suas respostas de maneira manuscrita.

Com a finalidade de enriquecer e complementar os dados obtidos através da entrevista semiestruturada, foi escolhida a observação sistemática como técnica complementar à entrevista. De acordo com Santana e Nascimento (2010), deve ser controlada e antecedida de um planejamento e preparação do observador em consonância com os objetivos da pesquisa, dessa forma, o pesquisador sabe o que procura e o que carece de importância em determinada situação. Assim, a observação sistemática foi realizada através de um roteiro (APÊNDICE B) e ocorreu em dias e horários previamente agendados com a equipe das USF.

Nessa perspectiva, Marconi e Lakatos (2010) destacam que apesar da observação sistemática ser realizada em condições controladas, as normas não devem ser padronizadas e nem rígidas demais, além disso, o observador deve ser objetivo, reconhecer possíveis erros e buscar eliminar sua influência sobre o que vê ou recolhe.

Segundo Minayo (2010), na observação é necessário que o pesquisador esteja atento ao funcionamento e organização, na prática, dos processos investigados, as congruências e incongruências entre o que é dito pelo entrevistado e o que é feito, o modo como se processam as relações interpessoais entre as pessoas envolvidas na pesquisa e os símbolos e sinais significativos que afloram no cotidiano em observação. Dessa forma, a técnica permite que o pesquisador se aproxime mais da realidade estudada captando informações, muitas vezes veladas, e juntamente com a técnica da entrevista permite um aprofundamento da realidade estudada.

Nesse sentido, a observação sistemática contribuiu com o aprofundamento das questões emergidas nas entrevistas e, conseqüentemente, com o alcance dos objetivos dessa pesquisa, já que permitiu o exame das situações que acontecem no campo de estudo de forma natural.

A observação sistemática, assim como a entrevista semiestruturada, foram realizadas pela pesquisadora, dentro dos limites das USF pesquisadas. Ao final de cada período de observação, eram feitos registros escritos sobre as situações observadas de interesse para o estudo em diário de campo.

Os participantes do estudo foram consultados, de maneira verbal, sobre a possibilidade de observação das suas atividades (consultas, triagem, acolhimento na recepção, ações educativas, entrega e distribuição de medicamentos na farmácia) e do funcionamento da USF. Dessa maneira, a observação somente aconteceu mediante a anuência do trabalhador e também do usuário. No momento da consulta médica, de enfermagem ou do odontólogo foram esclarecidos ao usuário os objetivos da pesquisa e assim, solicitada a permissão para que a pesquisadora observasse a consulta. No momento da observação sistemática não houve intervenção por parte da pesquisadora, que usou trajes discretos, adotou uma postura de neutralidade e manteve silêncio diante das situações do cotidiano. Portanto, buscou-se garantir condições para que não ocorresse interrupção deliberada das atividades desenvolvidas nas USF, por iniciativa da pesquisadora.

4.5 Apresentação e discussão dos dados

O método utilizado para a análise dos dados foi a Análise de Conteúdo, buscando aprofundamento nas falas dos entrevistados com a finalidade de alcançar

os objetivos formulados. A Análise de Conteúdo é uma técnica de tratamento de dados que possui a mesma lógica das metodologias qualitativas, visto que busca a interpretação por meio de cifras do material qualitativo (MINAYO, 2010).

Para Bardin (2011), esse método apresenta-se como um conjunto de técnicas de análise das informações, que busca inferir conhecimentos relacionados aos objetivos delineados pelo pesquisador e interpretá-los, através de procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição.

A análise de dados foi realizada conforme a proposta apresentada por Minayo (2010) para a interpretação qualitativa de dados. Esta envolve três etapas, a saber: 1) pré-análise; 2) exploração do material; 3) tratamento dos dados obtidos e interpretação.

A etapa de **pré-análise** consiste na leitura exaustiva e flutuante do material gerado pela coleta de dados. Nesse momento foi feita leitura de forma intensa, permitindo a impregnação pelo conteúdo apresentado, com a preocupação de aproximar o material de campo aos objetivos do estudo, assim, determinaram-se as unidades de registro (frases), os recortes, a forma de categorização, os conceitos teóricos mais gerais e a modalidade de codificação, elaborando-se os núcleos de sentido. Além da leitura do material empírico, as gravações foram ouvidas diversas vezes para facilitar a compreensão do seu conteúdo.

No que diz respeito à **exploração do material**, essa é uma etapa de classificação, que tem como objetivo alcançar o núcleo de compreensão do texto, valorizando o que está contido nas entrelinhas. Dessa forma, o pesquisador procura encontrar os temas (expressões ou palavras significativas) mais relevantes, nas quais os conteúdos do material coletado serão organizados, escolhendo as categorias teóricas que irão orientar a especificação dos temas. Nesta fase foram identificadas as categorias para agregação e interpretação dos dados oriundos das entrevistas e da observação sistemática, para tanto foi construído um quadro com as sínteses das entrevistas.

A análise buscou articular os temas mediante o confronto das entrevistas, detendo-se nos pontos convergentes, divergentes e complementares das falas dos participantes, o que permitiu ter uma compreensão geral dos dados, a partir do entendimento de cada entrevistado sobre os assuntos abordados, bem como a apreensão de correlações e desarmonias nas falas.

Na etapa de **tratamento dos resultados obtidos e interpretação**, as informações foram destacadas, realizando-se interpretações e inferências com relação ao referencial teórico do estudo, estabelecendo interfaces entre os pontos divergentes, convergentes e complementares.

Dessa maneira, com o intuito de estabelecer as relações entre as fontes de dados, utilizamos a triangulação dos dados, que segundo Minayo (2010, p. 364), consiste “na combinação e cruzamento de múltiplos pontos de vistas através do trabalho conjunto de vários pesquisadores, de múltiplos informantes e múltiplas técnicas de coleta de dados”. Na triangulação dos dados cruzamos os diferentes dados (das entrevistas e da observação sistemática), correlacionando-os com o referencial teórico.

4.6 Aspectos éticos da pesquisa

As questões éticas deste estudo foram respeitadas, embasadas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, uma vez que os participantes eram seres humanos (os profissionais de saúde das USF).

Assim, em atendimento aos princípios éticos e considerando os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana. A coleta de dados apenas iniciou-se após a aprovação do projeto pelo CEP. Além disso, os entrevistados foram esclarecidos, pela pesquisadora, sobre os propósitos do trabalho, os motivos da pesquisa, os objetivos, as contribuições, os riscos e incômodos que poderia lhes causar.

A partir desse esclarecimento, foram convidados a participar da pesquisa, e após o aceite assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE C), de acordo com a Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos, em duas vias, sendo que uma foi entregue ao entrevistado e a outra permaneceu com a pesquisadora.

Esse documento assegura que as informações coletadas serão utilizadas exclusivamente para fins científicos, mantendo sob sigilo a identidade do entrevistado.

O TCLE constou de informações sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos e potenciais riscos. No que diz respeito aos benefícios, os resultados deste estudo poderão proporcionar novos direcionamentos na atenção à saúde dos idosos, e oportunizar a discussão sobre o assunto buscando alternativas para o cuidado integral ao idoso, o que poderá proporcionar maior qualidade de vida a essa população.

Em relação aos riscos, os entrevistados poderiam manifestar ansiedade, constrangimento ou insegurança em responder a alguma pergunta. Caso ocorresse algum tipo de desconforto, a qualquer momento, o participante poderia se recusar a participar ou retirar seu consentimento sem penalização alguma e sem prejuízo para o mesmo. Além disso, no TCLE foi solicitada a gravação das entrevistas, através de um gravador, garantindo-lhes o direito a ouvir o seu áudio após o seu término e a retirar ou acrescentar alguma informação que lhes interessasse.

As entrevistas, assim que transcritas foram apagadas do gravador e salvas em CD-R, o qual será arquivado por cinco anos no Núcleo Integrado de Estudos e Pesquisas sobre o Cuidar/Cuidado (NUPEC). Após o término desse período o material será destruído. O estudo respeitou os critérios de confidencialidade e privacidade, bem como os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos.

Os resultados do estudo poderão ser apresentados em eventos científicos, bem como publicados em periódicos da área da saúde.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

“Envelhecer não é uma construção poética, mas uma desconstrução dos detalhes em que sombreamos a vida”.

(SILVA, 2015)

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo contempla a apresentação e discussão dos resultados relativos ao objeto investigado, o qual enseja a produção do cuidado ao idoso com enfoque nas dimensões do acolhimento e do vínculo, configurado na forma de artigo científico, submetido a um periódico da área para fins de publicação.

5.1 Acolhimento e vínculo: caminhos para produção do cuidado ao idoso na Estratégia Saúde da Família

Resumo

O Brasil tem vivenciado um acelerado envelhecimento da sua população e, conseqüentemente o perfil de morbidade está se modificando, o que demanda uma atenção integral e coletiva aos idosos. A temática da produção do cuidado ao idoso transversalizada através do desenvolvimento do acolhimento e do vínculo tem como abordagem investigativa o olhar para as necessidades que o sistema de saúde está enfrentando a partir da perspectiva e efetivo aumento dessa população a nível mundial. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado em três Unidades de Saúde da Família (USF) pertencentes a um município do Nordeste Brasileiro, cujo objetivo foi analisar a produção do cuidado ao idoso pelos profissionais de saúde através das dimensões do acolhimento e do vínculo e discutir o processo de trabalho dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família. Para coleta dos dados foram utilizadas as técnicas de entrevista semiestruturada e a observação sistemática. Participaram da pesquisa 23 profissionais de saúde. A organização e interpretação dos dados foi realizada mediante Análise de Conteúdo. A produção do cuidado, analisada a partir do vínculo e do acolhimento, é realizada em um campo de práticas e discursos contraditórios e conflituosos, entretanto, enseja novas maneiras de acolher os idosos. Portanto, os profissionais manifestaram diferentes formas de acolher, de atender e de se relacionar com os idosos, revelando a dependência da disposição individual, compromisso e subjetividade de cada sujeito para a sua realização, o que compromete a uniformização do grau de acolhimento e vinculação da população. Desse modo, a pesquisa sinaliza a necessidade de reflexão sobre a prática e organização do processo de trabalho desenvolvido no contexto das USF, envolvendo os profissionais, os usuários e os gestores, com intuito de encontrar soluções para oferecer uma atenção integral, planejada, equânime, com novas atitudes, posturas e comprometimentos, a fim de proporcionar o cuidado integral, humanizado e de qualidade aos idosos, potencializado por ações acolhedoras e pela priorização do uso das tecnologias relacionais, em busca da produção efetiva do cuidado em saúde.

Palavras-chave: Acolhimento; Vínculo; Estratégia de Saúde da Família; Idoso.

Abstract

Brazil has experienced an accelerated aging of the population and consequently the morbidity profile is changing, which demands a comprehensive care and collective for the elderly. The theme of the production of elderly care mainstreamed through the development of the host and the link is to the investigative approach to look at the needs of the health system is facing from the perspective and effective increase of this population worldwide. This is a qualitative study conducted in three Family Health Units (USF) belonging to a municipality in Northeast Brazil, whose aim was to analyze the production of elderly care by health professionals through the host dimensions and the bond and discuss the work process of health professionals of the Family health Strategy. For data collection was used the semi-structured interview techniques and systematic observation. The participants were 23 health professionals. The organization and interpretation of the data was performed using content analysis. The production of care, analyzed from the bond and the host is carried out in a field of practice and contradictory and conflicting speeches, however, gives rise to new ways of welcoming the elderly. Therefore, the professionals expressed different ways to welcome, to meet and to relate to the elderly, revealing the dependence of individual willingness, commitment and subjectivity of each subject to their achievement, which compromises the uniformity of the degree of acceptance and linking population. Thus, the research indicates the need for reflection on the practice and organization of the work process developed in the context of USF, involving professionals, users and managers, in order to find solutions to provide comprehensive care, planned, equitable, with new attitudes, postures and commitments in order to provide comprehensive care, humanized and quality to the elderly, enhanced by warm and actions by prioritizing the use of relational technologies in search of effective production of health care.

Keywords: Home; Bond; Health Strategy for the Family; Elderly.

Introdução

A população brasileira está sofrendo ao longo do tempo profundas transformações na sua composição. Evidenciadas pelo aumento progressivo da expectativa de vida e da proporção de idosos. O número de indivíduos com mais de 60 anos vem aumentando de forma significativa em todo o mundo, no Brasil a situação não é diferente.

O país tem vivenciado o acelerado envelhecimento populacional, revelado também pelo Índice de Envelhecimento Nacional, que corresponde ao número de idosos para cada 100 indivíduos jovens. Este atingirá a razão de 76,5 idosos para cada 100 jovens. Em 2030 a perspectiva é que teremos mais idosos, eles serão 40,5 milhões, enquanto são esperados 36,7 milhões de jovens. Esses valores estarão

refletidos no índice de envelhecimento, estimado em 110,1 idosos para cada 100 jovens (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012).

Em menos de 50 anos, mudará o perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um desenho caracterizado por doenças complexas e mais dispendiosas, próprias das faixas etárias mais avançadas. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), as doenças infectocontagiosas eram responsáveis por metade das mortes registradas no Brasil até meados do Século XX, na atualidade representam menos de 10%, ocorrendo o oposto em relação às doenças cardiovasculares.

Em razão do envelhecimento populacional, o perfil de morbidade vem se modificando. As doenças crônicas adquirem maior expressão e por consequência, aumentam a demanda por serviços de saúde e o número de internações hospitalares, exigindo outros cuidados, como acompanhamento constante, medicações contínuas, medidas de prevenção e promoção à saúde e, sobretudo, a existência de políticas públicas que atendam as necessidades e demandas específicas da terceira idade, promovendo a preservação da autonomia, da capacidade funcional e consequentemente, o envelhecimento ativo e saudável.

Ademais, a saúde dos idosos sofre influência da sua inserção social ao longo da vida, que podem repercutir em vulnerabilidades e em desuniformidades de exposições, além de se correlacionar com a maneira que o idoso é reconhecido e se reconhece na sociedade. Assim, a saúde para a população idosa demanda a interação entre os aspectos mentais, físicos, econômicos, capacidades funcionais e suporte social, transpondo a prevenção e o controle de doenças e agravos (ARAÚJO et al., 2010).

Nesse sentido, para atender as demandas do setor saúde em dispor de uma política de saúde relacionada ao idoso, foi aprovada em 19 de outubro de 2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que define a Atenção Básica como porta de entrada para a atenção à saúde do idoso e a referência para a rede de ações e serviços de média e alta complexidade (BRASIL, 2006a).

Contudo, no contexto brasileiro ainda há dificuldade em oferecer condições para uma velhice mais digna. As limitações vão além do setor saúde, são destacadas pelo próprio ambiente urbano, pela carência de profissionais capacitados para lidar com o envelhecimento e pela fragilidade das ações direcionadas aos idosos. O envelhecimento demográfico repercute no quesito

saúde, gerando desafios para o Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que os idosos possuem demandas e necessidades específicas para a manutenção da própria vida.

Abordar a temática do acolhimento e do vínculo relacionada à atenção ao idoso é direcionar o olhar para as necessidades incipientes que o sistema de saúde está enfrentando a partir do aumento e, perspectiva de aumento da população idosa a nível mundial. À medida que o número de indivíduos idosos cresce, em resposta, também, a progressão da expectativa de vida da população, o sistema de saúde precisa se preparar para atender, acolher, responsabilizar-se pelas necessidades de saúde desse segmento, atendendo as suas peculiaridades, oferecendo cuidados direcionados, especiais e equânimes.

Diante do exposto surgiu a necessidade de investigar a produção do cuidado aos idosos nas Unidades Saúde da Família (USF), através da transversalidade dos dispositivos de acolhimento e vínculo. A importância do estudo desta temática condiz com a busca de caminhos que levem a compreensão da articulação entre o acolhimento e o vínculo, principalmente na atenção aos idosos, que merecem a proteção e o cuidado da família e da sociedade na dimensão legal e na prática social. Além disso, uma das diretrizes propostas pela PNSPI está relacionada com o estímulo ao desenvolvimento de estudos que contribuam para trazer melhorias aos serviços ofertados a essa população.

Este artigo tem como objetivo analisar a produção do cuidado ao idoso pelos profissionais de saúde e discutir o processo de trabalho desses profissionais na Estratégia Saúde da Família em um município do Nordeste Brasileiro. Segundo Assis e outros (2010), a produção do cuidado compreende dimensões teóricas, tais como: acesso aos serviços de saúde, acolhimento, vínculo, responsabilização e resolubilidade. Neste estudo, para análise foram adotadas duas dimensões, a saber: acolhimento e vínculo.

Em revisão realizada, no portal de periódicos da CAPES, sobre os estudos relacionados com o objeto desta pesquisa, foram observadas lacunas no conhecimento e exploração da temática no que se refere à articulação entre as tecnologias de relações, tais como o acolhimento e o vínculo com a produção do cuidado ao idoso no contexto da saúde. Apesar de alguns autores abordarem a temática, não foi encontrado nenhum estudo que fizesse tal articulação. Encontramos trabalhos sobre o acolhimento e a satisfação do usuário (MEDEIROS

et al., 2010), avaliação da qualidade da atenção primária e das tecnologias das relações de cuidado na visão do idoso (ARAÚJO et al., 2014; SANTOS; GIACOMIN; FIRMO, 2014), facilidades e dificuldades, e limites e possibilidades na assistência ao idoso (GIOVANELLA et al., 2009; BARROS; MAIA; PAGLIUCA, 2011), atenção primária direcionada às necessidades dos idosos (MARIN; SANTANA; MORACVICK, 2012; MARTINS, et al., 2013), e vínculo, acesso e acolhimento como dispositivos da atenção humanizada a população de maneira geral (COELHO; BESSA JORGE, 2009).

Este estudo poderá proporcionar uma reflexão sobre a produção do cuidado ao idoso no contexto das USF e estimular um (re)pensar das práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde para e com os idosos, na busca do cuidado integral, que contribua com a qualidade de vida dessa população, no sentido de ofertar um serviço que seja acolhedor, de qualidade e, acima de tudo, produtor do cuidado. Espera-se que esta pesquisa possa oferecer subsídios que contribuam para o reconhecimento de que o atendimento aos idosos precisa ser revisitado para que concretize ações que desencadeiem a valorização deste espaço prioritário associado ao exercício de cidadania e do processo de envelhecimento, como proposta permanente de valorização da vida.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, realizado em três Unidades de Saúde da Família pertencentes ao município de Feira de Santana - BA, as USF foram escolhidas mediante os seguintes critérios: 1) equipe completa (enfermeiro, médico, auxiliar/técnico de enfermagem, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e agente comunitário de saúde); 2) localizadas na zona urbana; 3) mais de um ano de implantação, de modo a permitir uma melhor apreensão de uma das dimensões de análise da produção do cuidado que é o vínculo; 4) com mais de 500 idosos cadastrados na área de abrangência. No início da pesquisa, no município, existiam 37 USF completas, com equipe de saúde bucal, destas 22 se localizavam na zona urbana e apenas três tinham mais de 500 idosos cadastrados na área de abrangência. A coleta de dados ocorreu no período de outubro a novembro do ano de 2014.

Participou da pesquisa um total de 23 sujeitos. Dentre esses, duas enfermeiras, dois médicos, três cirurgiões dentistas, cinco técnicos de enfermagem, um auxiliar de saúde bucal, oito agentes comunitários de saúde, um professor de educação física e uma nutricionista. Houve predominância de pessoas do sexo feminino, o tempo de trabalho na unidade variou entre 11 meses a 16 anos, os sujeitos que contavam com menor tempo de trabalho estavam sob regime temporário, a carga horária de trabalho na unidade foi de 40 horas semanais para todos, sem exceção. Os profissionais foram selecionados de acordo com os seguintes critérios: trabalhadores de saúde integrantes das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) que tivessem, no mínimo, seis meses de atuação na USF pesquisada, independente do tipo de vínculo empregatício. Torna-se importante destacarmos que ao selecionarmos tais participantes atentamos para os seguintes critérios de exclusão: trabalhadores de saúde que estivessem afastados do serviço por motivo de férias, licença médica e/ou licença maternidade. Todos os profissionais convidados a participar da pesquisa aceitaram. Os participantes foram identificados através da sigla ENT., seguida do número correspondente à ordem da realização da sua entrevista, logo, o primeiro entrevistado corresponde a ENT.01 e assim sucessivamente.

Os dados foram coletados através da entrevista semiestruturada e da observação sistemática, nas próprias USF, mediante a utilização de um roteiro com duas partes, a primeira relacionada aos dados de identificação dos participantes e a segunda contendo temas norteadores referentes ao desenvolvimento do processo de trabalho, a maneira de desenvolver as ações e atividades de saúde, ao acolhimento e ao vínculo. As entrevistas duraram em média 60 minutos, foram gravadas, mediante a autorização dos participantes e transcritas na íntegra. Já a observação sistemática foi realizada em sete momentos distintos, duraram uma média de duas horas, foram feitos registros escritos sobre as situações observadas de interesse para o estudo em diário de campo.

A Análise de Conteúdo foi o método escolhido para o processo de tratamento dos dados, buscando aprofundamento nas falas dos entrevistados, a partir da leitura exaustiva do material coletado, com a finalidade de alcançar os objetivos formulados. A interpretação do material empírico baseou-se na proposta de Minayo (2010), que sistematiza esse processo em três fases, a saber: 1º) pré-análise, consistiu na leitura flutuante das informações obtidas, buscando a

aproximação com os objetivos do estudo e a determinação das unidades de registro; 2º) exploração do material, na qual foi feita a leitura exaustiva, e os conteúdos do material coletado foram organizados em categorias que orientaram a especificação dos temas; e por fim 3º) tratamento dos resultados obtidos e interpretação, nesse momento realizou-se as interpretações e as inferências, identificando convergências e divergências nas falas e estabelecendo a relação com o referencial teórico do estudo. Assim, foram apreendidas no estudo duas categorias: Processo de trabalho em saúde: construtor de ações acolhedoras e vinculantes? e Acolhimento e vínculo: encontros, contradições e singularidades na produção do cuidado ao idoso.

O projeto de pesquisa foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana sob parecer 846.144 (CAAE: 34059514.3.0000.0053).

Resultados

Este estudo resultou em duas categorias de análise. A primeira versa sobre o processo de trabalho dos profissionais de saúde das USF e a repercussão nas ações de acolhimento e vínculo, e a segunda trata sobre o acolhimento e o vínculo na produção do cuidado ao idoso.

Processo de trabalho em saúde: produtor de ações acolhedoras e vinculantes?

O processo de trabalho em saúde está relacionado com a organização dos serviços de saúde e diz respeito à assistência, ao cuidado e às ações de saúde, com o intuito de responder as necessidades ou expectativas humanas, construídas ou condicionadas pelo desenvolvimento histórico das sociedades, ou seja, o trabalho se estrutura através das necessidades gerais e individuais. O trabalho em saúde está inserido na esfera da produção não material, que se perfaz no ato da sua realização.

A produção do cuidado em saúde se relaciona de forma direta com o processo de trabalho, com suas finalidades, os sujeitos, a quem estão direcionadas as ações, a maneira como são desenvolvidas as práticas, enfim, com os elementos que constituem o processo de trabalho, tais como objeto, instrumentos, finalidade, agentes e as atividades desenvolvidas.

Conforme as observações realizadas, a preocupação dos profissionais nas unidades pesquisadas estava direcionada para as queixas apresentadas pelos usuários, não havendo um projeto de assistência à população de forma geral, nem aos idosos. Essa forma de organização é compatível com o modelo médico assistencial privatista, o que aparece retratado, também, nas falas de alguns entrevistados, quando perguntados sobre o seu objeto de trabalho:

Eu faço tratamento odontológico dos idosos. [ENT. 02].

A gente tem bastante idosos com problemas de hipertensão e diabetes, não é?! A gente faz coleta de dados sobre o acompanhamento deles [...] se tão tomando a medicação direito. [ENT. 01].

Os depoimentos dos entrevistados evidenciaram que o objeto de trabalho está sustentado na lógica biomédica, que reduz o objeto terapêutico ao tratamento de doenças e ao alívio de sintomas, comprometendo diretamente a produção do cuidado, dado que prejudica a transformação do outro, distanciando-se do encontro das subjetividades, além de limitar a corresponsabilidade do idoso na produção da sua saúde e permitir a redução do idoso à categoria patológica. Como destacado, também, nas falas abaixo sobre o objeto de trabalho:

Hipertensão, né, diabetes! Alguns tem problemas alérgicos, alguns também tem deficiência, já teve AVC e não pode andar, está acamado. Alguns tem essa dificuldade. Alguns tem Alzheimer, não são números altos, mas alguns tem. [ENT. 06].

Na realidade é perceptível nos idosos aquela deficiência ao longo dos anos, pela fragilidade que vem ocorrendo, né. Porque a tendência do ser humano adulto quando chega na fase idosa ele vem a decair, então, por essa situação de decadência a gente tem que estar sempre orientando os cuidados, por essa fragilidade tanto mental, quanto corporal que vai ocorrendo ao longo dos anos. [ENT. 08].

Por outro lado, ainda em relação ao objeto de trabalho alguns profissionais salientaram que muitos idosos procuram o serviço em busca de atenção, como exemplificado através das falas:

As necessidades deles são de cuidados, atenção, geralmente eles vêm não só buscar remédio. Vem buscar um pouco de atenção para conversar. Eles ficam muito só, não tem pessoas para conversar, então ele vem buscar isso aqui no posto de saúde. [ENT. 03].

A gente vê que eles procuram muito a unidade, são muito carentes, necessitam mais de uma conversa, eles querem mais ser escutados, a gente percebe que eles gostam muito de conversar, parar, ser escutado. [ENT. 04].

A prática dos trabalhadores delinea o perfil do serviço de saúde, portanto, quando os profissionais estão direcionados a exercer as suas ações concentrados nos materiais e procedimentos, resumindo-se em programas e protocolos, como as consultas individuais, por exemplo, há um comprometimento no uso das tecnologias leves, prejudicando a utilização de dispositivos como o vínculo, a responsabilização e o acolhimento na atenção.

Esse comportamento pode trazer consequências como o enfraquecimento da dimensão cuidadora do trabalho em saúde e a falta de legitimação da população em relação à USF como espaço de resolução dos seus problemas e necessidades de saúde, de escuta, de negociação, de autonomização, bem como de articuladora da rede de atenção e serviços.

Dessa forma, as respostas às necessidades de saúde precisam exceder a utilização de medicamentos e procedimentos médicos, visto que os mesmos não abrangem as questões subjetivas dos sujeitos, que apenas são percebidas a partir do uso e exploração de tecnologias que transcendem os objetos materiais, corpóreos, enfim, palpáveis (MIRANDA, 2014; SANTOS, GIACOMIN; FIRMO, 2014).

Ademais, as práticas nas unidades estudadas são estruturadas preferencialmente através das consultas individuais e procedimentos médicos, constituindo-se como as principais atividades realizadas pela equipe. Essa estrutura é considerada importante para responder as necessidades de saúde da população, porém, quando esta ganha um espaço maior em relação às tecnologias leves, a prática torna-se menos resolutiva e vinculante, além de ser incompatível com a estrutura do cuidado integral, fortalecendo ainda mais o modelo biologicista.

De acordo com Miranda (2014), as ações assistenciais relacionadas às ações programáticas devem ultrapassar o âmbito das consultas individuais e incorporar componentes da vigilância à saúde, tais como ações educativas, planejamento, atividades extra muro, acolhimento, entre outras. Foi percebido durante a coleta de dados que as unidades realizavam atividades como Feiras de Saúde, por exemplo, no entanto, esse tipo de ação ocorre de maneira pontual e não sistemática, o que confere um caráter espontâneo.

Tesser, Poli Neto e Campos (2010) assinalam que a lógica de criação de grupos prioritários através dos programas de prevenção e controles de doenças (tais como: Puericultura, HIPERDIA, Pré-natal, entre outros), o direcionamento de agenda e a reserva de vagas, contribuíram com a desvalorização da demanda espontânea e com a falta de flexibilidade das agendas na prática social.

Apesar dessa estrutura, os serviços pesquisados se organizam para atender demandas não programadas, deixando um quantitativo de vagas na agenda para casos de urgência e emergência, essa atitude demonstra uma preocupação e sensibilidade dos profissionais em organizar o serviço de forma a acolher os usuários em situações agudas.

Os profissionais pesquisados demonstraram, através dos seus relatos, dificuldade em exercer uma prática integrada com os diversos saberes multiprofissionais dentro das unidades. Franco (2007) atribui essa dificuldade a persistência da fragmentação dos processos de trabalho nos serviços de saúde, com saberes isolados, que dificultam a integração entre membros de uma mesma equipe.

Apesar do trabalho em equipe multiprofissional ser compreendido como uma ferramenta indutora da reorganização do processo de trabalho em saúde, através da exploração dos diversos saberes na intervenção sob o processo saúde-doença, é comum observarmos a fragmentação do trabalho em equipe nas USF (MIRANDA, 2014). O trabalho que deveria ser integrado, na verdade ocorre por meio de ações pontuais, independentes e desarticuladas. Essa falta de sintonia relacionada ao desenvolvimento das ações de saúde, pelos diversos agentes desse cenário, se constitui como obstáculo no desenvolvimento do trabalho em saúde, repercutindo no estabelecimento do vínculo e da corresponsabilização entre o usuário e a equipe de saúde, além de resultar em uma assistência com baixo poder de resolubilidade e de baixa qualidade.

De acordo com Chaves e Silva (2011), esse modo de produzir o cuidado é incompatível com ações que estimulam a integralidade e a resolubilidade, comprometendo a produção do cuidado, uma vez que podem indicar a fragmentação do seu objeto e afetar a sua finalidade. Entretanto, apesar dessa desarticulação, os relatos dos entrevistados apontam que isso não impede que todos participem, de alguma maneira, do planejamento ou execução das atividades realizadas de forma

geral, e ainda indicaram que existe uma boa relação interpessoal entre eles, o que se constitui como um dispositivo facilitador da interação.

O trabalho em equipe requer a articulação entre os diversos saberes profissionais e essa é a chave para a oferta de ações e serviços de saúde que atendam o indivíduo de modo integral, em razão de entendermos que apenas uma categoria profissional não consegue responder à complexidade do ato de cuidar em saúde.

Embora os profissionais das unidades pesquisadas tenham relatado ter um bom relacionamento com os demais, a produção do cuidado não parece ser realizada de maneira a constituir-se como trabalho interdisciplinar. Desse modo, o bom relacionamento interpessoal mencionado pelos profissionais parece não repercutir no processo de trabalho, desfavorecendo ações mais coesas e eficazes.

No que tange à finalidade do seu trabalho, a maioria dos entrevistados respondeu que era a prevenção, como destacado nessas falas:

Prevenir. A gente faz um trabalho de prevenção, orienta na medicação, alimentação, exercícios físicos, para que eles tenham uma vida melhor. [ENT. 15].

Prevenção à saúde. Eu trabalho com pessoas idosas, acompanho gestantes, peso de crianças, pessoas diabéticas, hipertensas, acamadas. É um serviço de prevenção, tentar dar melhor qualidade de vida as pessoas da comunidade. [ENT. 16].

Conforme a Lei 8080/90, um dos objetivos do Sistema Único de Saúde é a prestação da assistência às pessoas por intermédio das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir da integração de ações assistenciais e preventivas. Para que o cuidado esteja direcionado as ações preventivas, é primordial que os profissionais explorem as atividades educativas e que estas sejam realizadas de maneira sistemática e planejadas, bem como, sejam compreendidas as singularidades de cada sujeito no momento do encontro entre o profissional e o usuário, visto que a capacidade de comunicação supõe envolver o indivíduo na garantia da sua saúde, o que é bem mais complexo do que apenas a transmissão de informações (BRASIL, 1990).

Assim, a qualidade das ações preventivas exige múltiplas estratégias, tais como conhecer os usuários e como esses se relacionam com a própria saúde. Por conseguinte, para que ocorra a mudança de comportamento é fundamental que se

conheça os fatores de riscos, os comportamentos, a cultura, enfim, que se estabeleça uma relação horizontal e próxima entre o profissional e o usuário.

Nesse sentido, de acordo com Lunardi e outros (2010), o trabalho em saúde é concebido além das tecnologias compreendidas como equipamentos, técnicas e procedimentos. Afinal, para que o trabalho em saúde aconteça é necessário que se estabeleça uma relação entre os indivíduos, proporcionando um espaço de troca de saberes, de escuta, compreensão, acolhida, e produção de vínculo.

Entretanto, os profissionais apontam que a participação dos idosos nas atividades educativas oferecidas nas unidades de saúde ainda é um desafio, posto que muitos não participam, como emerge na fala:

[...] eles também não são assim, que convida e vem. Eles acham que vir ouvir não serve, que tem que ter o remédio, que tem que ter o médico, qualquer outro profissional que vem aqui dar uma palestra não tem importância. [ENT. 15].

De acordo com Chaves e Silva (2011), esse comportamento do usuário pode significar a manifestação da cultura biomédica hegemônica e tecnicista arraigada ao longo dos anos no contexto da saúde, cabendo aos profissionais de saúde, a missão de tentar desconstruí-la na relação de cuidado.

O modelo médico hegemônico repercute nas relações entre os idosos e os profissionais de saúde de forma negativa, à medida que elas se estabelecem através da desigualdade, do poder e do distanciamento, prejudicando o encontro entre os sujeitos envolvidos (SANTOS; GIACOMIN; FIRMO, 2014).

No que tange à responsabilidade em relação ao desenvolvimento das ações educativas nas unidades de saúde essas são atribuídas aos alunos de graduação que ali fazem estágio, sendo que, muitas vezes os profissionais não se envolvem de forma efetiva com tais atividades, além de não haver um planejamento e nem uma programação para a sua realização, deste modo parecem ser feitas de maneira pontual ou desarticulada. A fala seguinte destaca esse aspecto:

[...] sala de espera, palestra, tem essas coisas aqui porque aqui tem estudantes, aqui tem 'enfermeirandos', aí quem fica nessa parte são eles, a gente aqui pouquíssima faz sala de espera. [ENT. 05].

Dessa forma, a incorporação de atividades preventivas na prática clínica é um desafio, pois existem problemas que dificultam a qualidade do trabalho preventivo, tais como os aspectos organizativos das consultas, a escassez de tempo, as dificuldades na capacidade de orientação, e a falta de planejamento, de estratégias e incentivo para realização dessas atividades.

A abordagem ao sujeito idoso como construtor e responsável pela sua vida é realizada de maneira incipiente, visto que o protagonismo ainda é assumido pelos profissionais de saúde. Segundo Faria e Araújo (2010), a análise do cotidiano dos serviços de saúde aponta que nem sempre o trabalho em saúde produz atos cuidadores.

Neste sentido, a rotina centrada em procedimentos dificulta a expressão da dimensão cuidadora, o que afeta a resolubilidade. Por outro lado, de acordo com Santos, Giacomini e Firmo (2014), o saber biomédico influencia a compreensão do idoso sobre o seu processo de saúde e doença, fazendo com que ele direcione as suas possibilidades de cuidado ao olhar do profissional médico.

Frente a estas ponderações, Oliveira (2009) destaca que para alcançar a resolubilidade das ações de saúde, os trabalhadores de saúde devem mudar a sua postura diante do usuário, adotando um comportamento acolhedor que compreenda as necessidades de saúde da população, o que permite potencializar a capacidade de intervenção, abordando o problema de forma mais integral, explorando a capacidade cuidadora de uma equipe multiprofissional.

Além disto, foi observado que o trabalho das equipes de saúde pesquisadas não é planejado, comprometendo o estabelecimento de metas, objetivos e ações para intervir no processo de saúde e doença da população adscrita. Esse arranjo compromete o estabelecimento do vínculo e a resolubilidade, bem como desvaloriza o agente e o sujeito, visto que as ações não são direcionadas para intervir na completude dos indivíduos, mas sim, nas suas queixas. Nesse sentido, o trabalho pode apresenta-se desorganizado, sendo exercido de forma pontual, fragmentada e individual, requerendo então, a construção de projetos congruentes com as necessidades dos usuários.

O planejamento das ações permite que o serviço seja organizado de forma mais racional e sistemática, fundamentado através do perfil epidemiológico, dos problemas e das características peculiares àquela população. Superando, desse

modo, a organização das práticas através das queixas, explorando as questões subjetivas e promovendo ações de prevenção e promoção à saúde.

A falta de um projeto de assistência nas unidades faz com que cada trabalhador decida como será a constituição do seu processo de trabalho e conseqüentemente a sua conduta nas intervenções das necessidades dos usuários. Assim, os princípios e as diretrizes propostas pelo SUS podem deixar de orientar o dia a dia dos trabalhadores, contribuindo com o distanciamento do profissional da finalidade do seu trabalho.

Essa estrutura do trabalho das equipes das USF dificulta a cooperação entres os profissionais na realização do conjunto de intervenções assistenciais, comprometendo o aspecto relacional e de saberes, característicos do trabalho em equipe. Nas instituições de saúde, os profissionais por vezes estão absorvidos em uma cultura de fragmentação, o que precariza ainda mais os dispositivos relacionais, comprometendo o cuidado integral (FRANCO; MERHY, 2013).

Em relação aos instrumentos que utilizam para exercer o seu trabalho, os profissionais destacam artigos concretos, tais como carimbo, caneta, estetoscópio, etc., como ressaltado nas falas dos entrevistados:

Carimbo, estetoscópio e caneta, basicamente. [ENT. 09];

Aqui é, é, seringas, agulhas, material de curativo, alguns medicamentos, mais as outras coisas aí que a gente nem lembra porque são muitas. [ENT. 12].

O uso de materiais como esses se destacaram em detrimento do uso de outros instrumentos, como a escuta, a conversa, a atenção, e as atividades educativas, que podem proporcionar o alcance do objetivo de prevenção de agravos e doenças. O que conota o enfoque no modelo médico assistencialista como direcionador das ações de saúde, no qual o procedimento é valorizado em prejuízo das ações de escuta, atenção e acolhimento. O foco na doença leva a supervalorização da tecnologia dura, que passa a orientar as ações dos trabalhadores.

No estudo realizado por Chaves e Silva (2011), percebeu-se que havia certa facilidade por parte dos profissionais em citar seus materiais e instrumentos concretos, e uma dificuldade em listar as tecnologias leves. Os autores relacionaram

essa dificuldade com a falta de compreensão sobre o significado do termo tecnologia e/ou com a alienação dos trabalhadores em relação ao seu processo de trabalho.

Quanto aos agentes que participam do processo de trabalho, os profissionais de nível superior foram os mais citados nas entrevistas, em especial o médico. Os próprios profissionais valorizam mais a presença dessa categoria na equipe, em detrimento dos demais. Em uma das observações realizadas, um dos profissionais de nível superior citou que o médico era “o carro chefe da equipe” e que por conta disso, na Feira de Saúde, na qual seriam oferecidas apenas palestras por todos os outros profissionais, ele deveria realizar também consultas individuais. O conteúdo desse discurso sinaliza que o próprio profissional que está inserido na ESF, cujo objetivo é justamente reverter o modelo médico hegemônico e valorizar o trabalho em equipe, talvez não compreenda tal proposta. Os profissionais ainda estão aprisionados ao modelo medicalocêntrico, reafirmando-o no dia a dia da sua prática.

Aliado a isto, conforme observado através deste estudo, os profissionais de saúde também se encontram em situações que dificultam a manutenção de uma postura humanizada, como o número excedente de famílias vinculadas à unidade, condições de trabalho e vínculos empregatícios precários, dificuldade de articulação com a rede de apoio, além de atender uma população que mantém desejos e necessidades fundamentados na lógica medicalizante, o que compromete o acolhimento, a resolubilidade, a vinculação, a atenção integral, entre outros elementos que configuram a atenção como humanizada.

O processo de trabalho, influenciado pelo modo de produção capitalista, provocou a institucionalização do cuidado, dessa maneira, a população deixou de se responsabilizar pelo seu próprio cuidado, atribuindo essa responsabilidade ao profissional da saúde, colocando-se em uma postura de consumidora (LUNARDI et al., 2010).

Por conseguinte, todo esse processo acarretou na crescente medicalização da sociedade. Assim, os indivíduos começaram a regular a sua vida a partir do conhecimento científico que a medicina produz. Essa influência está presente na sociedade na atualidade e o processo de trabalho em saúde está impregnado dessas concepções.

A partir deste entendimento, o ser humano é compreendido e atendido de modo reducionista, através do recorte da doença, em que a sua história,

singularidades, personalidade, sentimentos, experiências, história de vida e características peculiares são negligenciadas.

Diante de tal lógica Merhy (2013) defende que o trabalho vivo (entendido como o trabalho em ação, em seu processo de construção) em ato tem ação/poder transformador das práticas e modelos tecnoassistenciais em saúde. Assim, “cremos que na vida em movimento, o trabalho vivo em ato vai além dos limites do instituído, provocando permanentemente novas instituições”, à medida que permite que o trabalhador opere suas atividades de maneira criativa e autônoma quanto aos instrumentos à sua disposição (MERHY, 2013, p. 65).

Essa premissa legitima a autonomia do trabalhador no seu espaço de atuação, portanto, ele tem o poder de gerir os processos de trabalho, mudar a sua prática e a sua postura oferecendo uma assistência mais acolhedora e resolutiva.

No entanto, o profissional pode sentir dificuldade em assumir a responsabilidade de transformar a atenção à saúde a partir do encontro entre ele e o usuário, através do seu espaço, na micropolítica das suas atividades laborais, uma vez que se encontra submetido a condições de trabalho que não contribuem com essa prática. Assim, as condições de trabalho são *sine qua non* para que os profissionais possam exercer seu trabalho com qualidade.

Além disso, segundo Tesser, Poli Neto e Campos (2010), foi observado que a abertura da equipe à tensão da demanda, pode trazer sentimentos como angústia, estresse emocional e sobrecarga de trabalho. Apesar desse contexto o profissional ainda detém o poder da mudança, e precisa se apropriar dele no sentido de transformar sua realidade, superando as dificuldades do dia a dia e as atividades exaustivas, dispondo da ajuda da equipe, dos seus colegas e da própria população.

É imprescindível um olhar mais amplo em relação ao processo saúde e doença, pois a abordagem do idoso através das ações de saúde com enfoque no ser humano como ser social, sujeito da sua própria vida e a exploração das tecnologias leves, para conquistar efetivamente a produção do cuidado em saúde, pode resultar em uma prática mais resolutiva, satisfatória e eficaz.

Conforme a Política Nacional da Atenção Básica é importante que os profissionais incentivem a participação dos usuários nos processos relacionados à saúde e a doença como forma de fortalecer a sua autonomia e o cuidado com sua própria saúde, isso requer que o usuário e as suas necessidades estejam no centro da atenção dos profissionais (BRASIL, 2006).

Assim, é emergente implementar a reorganização do processo de trabalho, superando a estrutura saúde-doença-queixa-cuidado. A fragmentação do processo de trabalho e do ser humano não favorece as ações de promoção e proteção à saúde, gerando conflitos, falta e redução da capacidade de resolubilidade, insatisfação tanto do trabalhador, que não consegue obter o resultado das suas ações, como do usuário, que não consegue resolver seus problemas, a desvalorização do profissional e do serviço, assim como conflitos entre os mesmos (LUNARDI et al., 2010).

O trabalho em saúde precisa ser pensado, refletido, articulado e planejado, não apenas vivido, posto que pode tornar-se uma atividade mecânica e alienada, aprisionando o trabalhador em serviços centrados apenas em agendas, procedimentos e ações programadas, além de reduzir as suas possibilidades de intervenção, comprometendo a promoção da saúde e produção do cuidado (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010; CHAVES; SILVA, 2011).

Nesta perspectiva, a atenção à saúde do idoso requer uma reflexão por parte dos profissionais e gestores em relação à concepção de mundo e a sua influência nas práticas e ações de saúde, voltando o seu enfoque especialmente para a promoção da saúde. Ampliando as possibilidades de atenção, de forma menos normativa, mais integral e resolutiva, ou seja, a promoção da saúde está relacionada à potencialização da capacidade individual e coletiva das pessoas para conduzirem suas vidas frente aos múltiplos condicionantes da saúde. Além disso, a inadequação dos profissionais de saúde em relação ao novo modelo pressupõe a necessidade de ampliar e investir em educação permanente e na reflexão sobre o sistema de formação em saúde, além do apoio emocional e institucional à equipe.

Com o intuito de inverter essa lógica de produção da saúde centrada na doença, baseada no modo de produção capitalista, surgiu a ESF, que se constitui como a estratégia prioritária do Governo Federal para reorientação do modelo de atenção. Entretanto, para que essa mudança aconteça de maneira efetiva é fundamental que haja uma reestruturação do processo de trabalho, estabelecendo-se uma nova maneira dos profissionais de saúde e da comunidade se relacionarem, através de ações humanizadas, articuladas, tecnicamente competentes, com capacidade de atender as reais necessidades da população (BRASIL, 2006b; CHAVES; SILVA, 2011).

Nessa perspectiva, as Equipes de Saúde da Família funcionam como força motriz dessa mudança, através da assimilação de práticas e comportamentos que proporcionem o cuidado integral e que potencializem a participação dos usuários contribuindo para a sua autonomização. Todavia, este ainda se constitui como um dos desafios do Sistema Único de Saúde, uma vez que não existem condições favoráveis e impulsionadoras, relacionadas ao processo de trabalho, que contribuam com o exercício da autonomia e da cidadania do indivíduo, além de persistir a hegemonia do modelo biomédico nos programas de atenção à saúde.

A prática em saúde requer que os processos de trabalho sejam permeados de criatividade a fim de conduzir os diferentes tipos de tecnologias (tecnologia dura, tecnologia leve-dura e tecnologia leve) de forma equilibrada e que proporcione condições para o desenvolvimento dos componentes da produção do cuidado, tais como o vínculo e o acolhimento.

No entanto, quando o trabalho em saúde está direcionado ao uso das tecnologias duras, o processo criativo é reprimido, o que distancia o trabalhador do que deveria ser o seu objeto de trabalho, o usuário. Segundo Franco e Merhy (2013), as tecnologias duras dizem respeito aos equipamentos, máquinas, normas; as tecnologias leve-duras se relacionam com os saberes que operam no trabalho em saúde e as tecnologias leves são as tecnologias das relações, é sempre processo em produção, tem característica criativa, dinâmica e peculiar, não é normatizável e relaciona-se com o trabalho vivo em ato.

Portanto, a intencionalidade e a capacidade criativa, características peculiares do trabalho humano, necessitam estar presentes em todo o processo de atenção aos usuários, visto que, para que ocorra a transformação através do trabalho é fundamental que exista a intenção, ou seja, o trabalho precisa ser pensado, planejado, antes de ser executado (MENDES-GONÇALVES, 1992).

A produção do cuidado requer que as ações sejam entendidas e realizadas por intermédio da criatividade, do prazer, do destemor, de maneira a favorecer a responsabilização e o compromisso com o indivíduo. Ou seja, o trabalho em saúde precisa transpor a reprodução de procedimentos e técnicas, deixar de ser fragmentado e destituído de pessoalidade, possibilitar o afeto e a solidariedade, sobretudo, ser produtor de vínculo, de responsabilização, de acolhimento e de compromisso com o outro, potencializando o processo cuidador e a relação entre os trabalhadores e usuários, na perspectiva do cuidado integral (LUNARDI et al., 2010).

As políticas de saúde em relação aos idosos tiveram início nos anos 80, simultaneamente a reformulação do SUS. Assim, a partir dessa conjuntura, começa a expansão da atenção à saúde dos idosos, ainda que de maneira tímida, posto que esses indivíduos não eram atendidos de maneira integral e a organização do trabalho era centrada no atendimento médico individual e direcionado às doenças crônicas degenerativas (COSTA; CIOSAK, 2010).

No entanto, passados mais de 30 anos desse período não é incomum encontramos essa mesma fragilidade no que diz respeito à atenção ao idoso. A prática vigente ainda é direcionada ao saber médico, centrada no biológico e conseqüentemente na doença. Os processos de trabalho estão predominantemente baseados no modelo biomédico, e o atendimento é orientado a queixa-conduta-procedimento.

Acolhimento e vínculo: contradições e singularidades na produção do cuidado ao idoso.

Pensar em acolher nos remete a ideia de agasalhar, aceitar, atender, escutar, ouvir, receber (HOUAISS, 2003). O acolhimento enquanto ação expressa o ato de aproximação, de inclusão e de atenção, constituindo-se como uma das diretrizes de maior relevância para a Política Nacional de Humanização do SUS. Assim, o acolhimento, entendido como processo, está presente em todos os encontros e relações, buscando concretizar a universalidade e a equidade na interação entre população e os serviços de saúde. Contudo, exercer e afirmar o acolhimento nas práticas cotidianas nos serviços de saúde tem se tornado um desafio permanente (BRASIL, 2006b; LIMA; MOREIRA; BESSA JORGE, 2013).

As Equipes de Saúde da Família foram inicialmente orientadas a trabalhar na perspectiva dos programas de saúde, através dos protocolos diagnósticos e terapêuticos pré-definidos. No entanto, não haviam recomendações quanto ao atendimento da demanda espontânea e às situações imprevisíveis presentes no cuidado à saúde. Com o intuito de superar essas lacunas, surgiu, por meio da Política Nacional de Humanização, a proposta de acolhimento (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010).

Assim, o acolhimento envolve a mudança no processo de trabalho em saúde, e funciona como uma estratégia para exercer essa transformação, na qual o

trabalhador assume uma postura condizente com a possibilidade de promover o acolhimento, a escuta, o compromisso de dar uma resposta positiva às necessidades dos indivíduos e a garantia da acessibilidade (DAMASCENO, et al., 2012).

O cuidado em saúde está direcionado ao campo das subjetividades, que transcende a realização de procedimentos, constituindo-se como resultado da relação entre o trabalhador e o usuário. Por conseguinte, é vital que o profissional de saúde esteja aberto para perceber o usuário como ser social, dono de uma história de vida, de desejos, de necessidades e de anseios, que tem no corpo concreto alguma dor ou sofrimento. Portanto, o modo de operar os processos de trabalho com vistas ao acolhimento independe de hora, lugar, ou profissional específico para praticá-lo. Tal conduta envolve o compartilhamento de práticas, saberes, desejos, dores e preocupações, favorecendo a criação e o estabelecimento do vínculo entre os profissionais e a comunidade.

Nesta perspectiva, o acolhimento funciona como ferramenta que permite a incorporação da análise e da revisão das práticas cotidianas de atenção vigentes nas unidades de saúde, além de qualificar o atendimento ao usuário idoso. Portanto, a noção de acolhimento tem relação direta com o processo de trabalho e com a responsabilização, posto que, quando não relacionada, torna-se isolada, pontual e descomprometida.

Dessa forma, a produção do cuidado requer que se encontrem possibilidades de singularizar o cuidado, ampliando a visão dos profissionais e dos usuários aos aspectos relacionados ao processo de saúde e doença. Assim, o encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário, estruturado por meio da escuta, do vínculo, da responsabilização, torna-se um campo fértil para captar as singularidades dos sujeitos e a incorporação das tecnologias leves, as quais permitem novas possibilidades de intervenção, com vistas à mudança para o processo de trabalho centrado no usuário (MERHY, 2013).

É no espaço das ações cuidadoras que a negociação pode acontecer. Configurado a partir do trabalho vivo em ato e da articulação entre os diversos saberes, onde se faz valer a autonomia dos usuários, e o trabalho em equipe tem campo fértil. Compreende-se então que, todo profissional de saúde é sempre operador do cuidado, através da realização dos atos de saúde, logo, precisam ser

preparados para atuar no campo das tecnologias leves, nos modos de produzir acolhimento, responsabilização e vínculo (MERHY; FRANCO, 2009).

Em vista disso, o acolhimento e o vínculo necessitam estar presente em todo processo de atenção ao usuário e praticado pelos profissionais da equipe enquanto dispositivos potencializadores para a produção do cuidado em saúde (MIRANDA, 2014).

Outrossim, o acolhimento se concretiza no cotidiano através da escuta qualificada, da capacidade de resolubilidade do serviço, é um processo produzido a partir da relação entre o profissional e o usuário, resultado das suas práticas com vistas à humanização, estimulando a autonomia do usuário em seu projeto terapêutico (BRASIL, 2006; LIMA; MOREIRA; BESSA JORGE, 2013; LOPES; LOPES; CAMARA, 2014).

Cabe ressaltar que, o exercício do acolhimento do outro é extremamente importante nas relações entre o profissional e o usuário, especialmente na atenção ao idoso, visto que, as suas peculiaridades e necessidades demandam um cuidado permanente.

Nesse sentido, os profissionais destacaram nas entrevistas a importância da escuta na atenção ao idoso:

[...] então a gente tem que parar e ouvir eles, depois tentar entender o que querem realmente e prestar o serviço de acordo à necessidade deles. [ENT. 10];

[...] então a gente para, ouve, escuta o que ele quer, o que não quer, às vezes fica ali batendo papo e a gente tenta escutar na maior calma e paciência. [ENT. 04].

Diante das falas fica evidente a importância que os profissionais atribuem a escuta, ao ouvir os usuários e buscar entender as suas necessidades. Os discursos sinalizam ainda que o acolhimento está relacionado com a resolubilidade na prática dos profissionais de saúde, há uma preocupação com a resolução dos problemas e não apenas com a identificação deles.

Para Garuzi e outros (2014), a função do acolhimento é atender os usuários, resolvendo os seus problemas ou encaminhando-os quando necessários, intensificando o processo terapêutico entre os trabalhadores e a população. Além disso, Damasceno e outros (2012) afirmam que o objetivo do acolhimento é ouvir o problema do usuário com vistas a oferecer uma resposta de acordo com os recursos

que estão disponíveis nos serviços de saúde, procurando o maior nível de resolubilidade disponível. Segundo Solla (2005), é fundamental que o acolhimento garanta a resolubilidade, resolvendo o problema do usuário de maneira efetiva, assim, a responsabilização transpõe o atendimento propriamente dito do problema e se relaciona também com o vínculo entre os profissionais e a comunidade.

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica, o serviço de saúde deve estar estruturado para acolher, com capacidade de resolver grande parte dos problemas de saúde da população, responsabilizando-se por estes, mesmo que não seja capaz de responder a esses problemas sem buscar a ajuda de outros serviços da rede de atenção à saúde, executando ações de prevenção e promoção da saúde, além do tratamento e da reabilitação de danos e agravos (BRASIL, 2012).

O acolhimento ocorre por meio da interação entre o usuário e o profissional, através da comunicação, dos atos de ouvir e de receber o indivíduo que busca o serviço, proporcionando o atendimento das necessidades desse (LIMA; MOREIRA; BESSA JORGE, 2013). Mediante os discursos acima apresentados entende-se que o trabalhador se predispõe a ouvir e atender o usuário.

Assim, o diálogo, a escuta e a resolubilidade também surgiram na perspectiva do acolhimento:

Eu acho que a comunidade ela aqui é acolhida em todos os sentidos, talvez não como eles imaginassem, mas não sai ninguém aqui que não seja escutado, que não seja orientado, que não seja direcionado em algum sentido. [ENT. 18].

O diálogo entre o profissional e o usuário permite a expressão da autonomia e da corresponsabilidade do cuidado, por outro lado a sua ausência reduz as possibilidades de cuidado, já que deixam de ser exploradas diversas opções para atender as necessidades dos idosos, assim, as ações tornam-se unilaterais.

A relação dialógica, a escuta e a abertura entre o usuário e trabalhador permitem que sejam conhecidas e exploradas novas possibilidades de produção do cuidado. Ratifica-se que, o espaço de produção do cuidado é pertencente não apenas aos trabalhadores de saúde, inclui os usuários e as suas famílias, assim, a tarefa de produzir atos cuidadores requer compartilhamento. Defende-se que o

acolhimento, a escuta, o interesse, o estabelecimento de confiança pode ser exercido por todos (MERHY, FEUERWEKER, CERQUEIRA, 2010).

Desse modo, o esforço em inverter a lógica do processo de trabalho perpassa por um agir centrado nas singularidades dos sujeitos, incorporando tecnologias que possibilitem a participação do usuário nesse processo, estimulando e potencializando a sua autonomia, o que não foi observado no processo de trabalho das equipes pesquisadas.

Com base nestas reflexões, o encontro, para ser produtor do cuidado, supõe uma relação horizontal entre o trabalhador e o usuário, na qual cada um permita se envolver com o outro, e através desta troca, seja possível delinear caminhos a serem percorridos na busca do atendimento às necessidades dos usuários. A construção de um espaço de troca, de escuta, de solidariedade, de respeito e de apreciação permite que os participantes da relação se sintam satisfeitos com as possibilidades criadas a partir desse encontro (FRANCO; MERHY, 2013).

As ações de saúde têm se afastado da perspectiva do cuidado, por intermédio do uso e da exploração das tecnologias duras, da centralidade dos procedimentos nas ações dos profissionais, da escuta empobrecida e do distanciamento entre o usuário e o cuidador. Ademais, essa configuração do trabalho, direcionada ao corpo biológico, deslegitima outros saberes sobre a saúde, é normatizador, prescritivo, valoriza ações verticalizadas e unidirecionadas, o que provoca a dificuldade de adesão a propostas terapêuticas, em especial em situações de cronicidade, mais prevalentes na população idosa (MERHY; FEUERWERKER; CERQUEIRA, 2010).

Essa visão do atendimento corrobora para que se produzam serviços desumanos em que os usuários convivem com filas durante a madrugada para garantir o atendimento, onde se reproduzem formas de trabalhar que privilegiam a produção de procedimentos, oferecem serviços incompatíveis com as reais necessidades daquela população, consideram a doença como seu objeto de trabalho e desvalorizam o sujeito em sua complexidade.

A orientação das práticas através do acolhimento, aliada a outras propostas de mudança do processo de trabalho, tais como a escuta qualificada, a clínica ampliada, a modificação da lógica de formação dos profissionais de saúde, são ferramentas que podem contribuir de forma substancial com a humanização dos

serviços de saúde. Assim, o acolhimento como postura e prática pode favorecer o estabelecimento de uma relação de confiança e compromisso entre o usuário e os profissionais, contribuindo com a legitimação do SUS, com a solidariedade e com a responsabilização (BRASIL, 2006).

Em um atendimento humanizado, o acolhimento deve estar presente na forma de atenção e consideração com o outro, envolver a afetividade, o tratar bem, como acentuado nessas falas:

O importante é o quê?! Tratar todo mundo bem, né?! Principalmente os idosos, sempre os mais velhos passando. [ENT. 05].

[...] então eu acho que isso é questão de humildade, humanização. É olhar o paciente como um todo, não é só chegar e olhar a boca dele. Então antes do paciente ser atendido eu sempre converso, pergunto se ele trabalha, se não trabalha, se tem família, eu tento primeiro investigar ele como todo. [ENT. 07].

Revela-se a preocupação com uma postura e atitude que valorizem o sujeito, através do estabelecimento de uma relação cordial e interessada. Desse modo, os encontros promotores de um cuidado mais ampliado e humanizado devem ser estimulados no dia a dia do trabalho das equipes. Segundo Lima, Moreira e Bessa Jorge (2013), essa postura contribui com a formação do vínculo, com a resolubilidade, com o crescimento da confiança, e conseqüentemente, valoriza o sujeito.

Santos, Nery e Matumoto (2013) assinalam que acolher transcende o bom tratamento ao usuário, demandando uma atitude de respeito, responsabilização, valorização, compromisso e interesse pelo outro.

Alguns profissionais mencionam que os idosos demandam mais atenção que os outros indivíduos porque muitos deles vivem sozinhos, relacionando esse fato ao sentimento de solidão, como destacado na fala:

Todo idoso aqui nunca fica sem uma atenção especial, sempre a gente tem um acolhimento diferente porque os idosos, geralmente, vivem só. A gente sempre comenta aqui que tem uns filhos que não ligam para os pais depois que chega na terceira idade. Será que eles não pensam que um dia vão chegar na terceira idade? [ENT.10].

A solidão é traduzida como um sentimento de vazio interior e pode estar presente em qualquer momento ou fase da vida, mas a sua incidência é maior na

velhice, repercutindo, de forma negativa, na qualidade de vida dos idosos. As comorbidades e as incapacidades físicas podem contribuir com esse estado. Lopes, Lopes e Camara (2009) constataram, através do seu estudo, que morar sozinho pode contribuir de forma negativa para a saúde do idoso. Essa configuração presume a necessidade dos idosos serem atendidos através do acolhimento das suas peculiaridades, por meio de ações que garantam a sua qualidade de vida em termos biológicos, psicológicos e sociais, valorizando-o como ser social.

Em dissonância com esse modo de pensar, um dos profissionais refere que tratar o usuário bem está relacionado com a manutenção do seu emprego:

[...] todos aqui precisam do emprego, né?! Então, para isso às vezes trata bem porque não querem perder o emprego, [...] tratam muito bem por causa disso, né, medo de perder o emprego. [ENT. 21- Téc. Enf.]

Entretanto, em alguns momentos de observação, foi percebido que a prática não condiz com o discurso dos entrevistados 05 e 07. O atendimento ofertado aos usuários é orientado pelas tecnologias duras, através de uma concepção reducionista do processo saúde-doença, no qual a atenção é direcionada apenas ao procedimento/tarefa, carente de ações com ênfase na produção de cuidado, como o acolhimento, o diálogo, a humanização, a escuta sensível, enfim, a integralidade. Além disso, o acolhimento nas unidades estudadas é realizado através da postura individual de cada profissional, o que prejudica a prestação do cuidado integral, assimilado por meio das ações interdisciplinares da equipe de saúde (GARUZI et al., 2014).

O profissional, por vezes, se aprisiona na estruturação do seu trabalho em detrimento da atenção, do acolhimento, da humanização e da escuta. A centralidade do trabalho é direcionada a estruturação do trabalho morto (instrumental) em si, como se esse fosse suficiente para suprir as necessidades apresentadas pelos indivíduos que buscam as unidades de saúde. A postura acolhedora está imbricada na escuta com o compromisso de responder às necessidades de saúde dos indivíduos, responsabilizando-se pelas demandas observadas.

Porém, em alguns momentos o acolhimento é entendido como a oferta de ações parcelares e procedimentos médicos, como exemplificados nas falas:

[...] eu trabalho na farmácia dispensando medicação, eu afiro pressão, eu dou vacina, eu também é... aplico injeção, é, nebulização, o que for preciso. [ENT. 21 Téc. Enf.].

A minha parte é imunizar. Eu sou mais essa parte de imunização. Então, eu imunizo tanto idosos nas campanhas e fora das campanhas também, né. Eu procuro também está olhando os cartões de vacina dele e procurando incentivar ele para estar imunizando também, né, porque é importante. [ENT. 12 Téc. Enf.].

O sofrimento do usuário ao procurar por serviços de saúde pode tornar-se uma rotina para o trabalhador, que muitas vezes negligencia o cuidado ou a preocupação com usuário por deparar-se com a dor no seu cotidiano de trabalho. A grande demanda e a escassez de tempo, também, podem fazer com que o profissional realize o seu trabalho de maneira mecânica.

Apenas o usuário pode dizer como se sente em relação a sua necessidade de saúde, a sua doença, a sua vida, a sua dor. A complexidade da vida dos usuários, os sofrimentos para além do processo saúde e doença, conseguem ser compreendidas pelos profissionais através da ampliação do olhar e da escuta, desse modo, requer que o usuário se posicione como agente ativo na produção da sua saúde (MERHY; FEUERWEKER; CERQUEIRA, 2010).

Em sintonia com os aspectos acima citados em relação ao acolhimento, um dos entrevistados relata:

É razoável, né?! Não vou dizer que é perfeito, é razoável, eu acho que se todos trabalhassem com mais amor, a coisa seria muito melhor, entendeu?! [ENT. 21 Téc. Enf.].

Assim, o acolhimento visto sob a ótica dos profissionais de saúde requer que o trabalho realizado seja (re)pensado e (re)organizado, considerando a condição humana, por intermédio da singularidade, das diferenças, das complexidades e das multidimensionalidades. Com tais características, o sujeito a ser cuidado é único, e geralmente, quando busca o serviço de saúde, encontra-se em uma situação de vulnerabilidade.

Essa configuração do trabalho em saúde revela a precariedade do processo de trabalho, que não deve se limitar a execução de tarefas e procedimentos, mas sim, reunir condições para a produção do cuidado integral, humanizado, potencializador da autonomia dos sujeitos e capaz de responder às necessidades dos usuários.

Conceder prioridade ou uma atenção mais qualificada ao idoso no serviço de saúde é uma das expressões dos modos de acolher esses indivíduos. É a forma de ver e exercer essa ação pelos profissionais de saúde. Através dessa perspectiva, podemos enxergar o acolhimento como algo dinâmico, em processo e, por conseguinte, reafirmar que existem várias formas de ser exercido, vivido e modificado.

No que diz respeito ao acolhimento como uma atenção prioritária ao idoso, por vezes, ele é citado como causa de conflito entre os usuários. A priorização de casos por critério de idade é motivadora de insatisfação dos usuários e entendida como rompimento do acolhimento (LOPES et al., 2014), conforme descrito nas falas:

[...] a gente vê que mesmo sendo o direito do idoso, as pessoas ainda não aceitam e acabam brigando porque o idoso está passando na frente, eles não consideram. Então para não deixar o idoso constrangido, a gente tenta fazer essa questão da prioridade do idoso, colocando um idoso e um horário marcado. [ENT. 19 Enf.].

[...] sempre em consultas eles são prioridade, sempre os mais velhos passando, mas, mesmo assim, oh que confusão! [ENT. 05 Téc. Enf.].

Logo, torna-se evidente a necessidade do compartilhamento de informações a respeito da maneira como o serviço está organizado, com intuito de diminuir as tensões, aumentar as possibilidades de comunicação e favorecer o processo de acolhimento.

Outrossim, notou-se durante a observação que os usuários, enquanto esperavam pelas consultas individuais, sentiam-se insatisfeitos com a demora e ficavam com o tempo ocioso, por não haver atividade de sala de espera e nenhum profissional ter-se disponibilizado a explicar a dinâmica dos atendimentos. Muitos reclamavam quando a consulta levava um tempo maior, ou quando era priorizado o atendimento de um caso de urgência e demonstravam irritabilidade nesse momento. Essa configuração demonstra que o olhar do usuário também está direcionado a uma atenção medicalizante, desatenciosa, distante e pouco produtiva de ações efetivas de cuidado, talvez por isso, não valorizem a consulta mais completa, onde há escuta, na perspectiva da clínica ampliada.

O que enfatiza a necessidade do compartilhamento de informações, entre os profissionais e os usuários, sobre a dinâmica e funcionamento das unidades,

contribuindo com a formação de espaços mais democráticos, reflexivos, flexíveis e éticos (LOPES et al., 2014).

Contudo, a lógica biologicista e medicalizante pode apaziguar o sujeito ao eximi-lo da responsabilidade sobre a sua própria vida, atribuindo a responsabilidade da prescrição sobre o modo de como conduzir a sua vida ao serviço e ao profissional de saúde. O sujeito escusa-se do seu compromisso em decidir a forma de governar a sua própria vida, sustentando ainda mais essa lógica, desresponsabilizando-se pela produção do seu próprio cuidado e tornando-se dependente de cuidados e tecnologias especializadas. Em geral, eles buscam respostas prontas e imediatas diminuindo a sua autonomia e a sua capacidade de agir sobre sua própria vida, ou de melhorar e resgatar a sua saúde (MERHY; FEUERWEKER; CERQUEIRA, 2010; TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010).

Todavia, através das informações obtidas pela mídia, pela internet e por outros meios de comunicação as pessoas podem estar mais conscientes dos custos, benefícios e malefícios da influência da medicalização nas suas vidas. Ou, por outro lado, o maior acesso a essas informações podem simplesmente indicar que as atividades humanas estão mais direcionadas a preocupação coletiva com a saúde perfeita (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010).

Assim, é importante que o profissional de saúde tenha a responsabilidade de instrumentalizar e proporcionar condições para que os indivíduos exerçam a sua cidadania e autonomia para operar o seu processo de saúde-doença. Dessa maneira, a comunicação, a interação, a vinculação tornam-se essenciais para que o usuário exerça a autonomia e a liberdade para cuidar de si. Para isso, o profissional pode lançar mão do arsenal tecnológico que explore condições para que os indivíduos se empoderem e possam escolher o modo de direcionar a sua própria vida.

Os profissionais entrevistados ainda destacaram a atenção diferenciada como uma maneira de acolher os idosos:

[...] eu acho que nós devemos dar uma assistência diferenciada a esse público. [ENT. 02 Dent.].

O idoso aqui tem um acolhimento mais diferenciado, em todos os sentidos. [ENT. 14 ACS].

Talvez essa atenção diferenciada esteja relacionada com a reserva de um turno na agenda só para o atendimento a essa população, de modo a proporcionar um dia específico para eles, agrupando as demandas específicas, ou priorizando o atendimento ao idoso, visto que, durante as observações não foi notado condições que pudessem oferecer uma atenção maior para com os idosos.

Alguns relatos relacionam a demanda dos idosos por mais atenção à questão da fragilidade percebida nessa fase da vida, como citado:

“[...] a gente dá uma atenção até melhor para o idoso por essa questão da fragilidade” [ENT. 08 ACS].

[...] então a gente sabe que é um pessoal mais fragilizado, que na realidade é um pessoal que precisa realmente de uma atenção maior. [ENT. 04 Enf.].

A ideia de fragilidade trazida no conteúdo das entrevistas pode sugerir que os profissionais não consideram os idosos como seres humanos capazes de exercer a sua autonomia e a governabilidade da sua própria condição social e humana. Essa postura dificulta a apreciação do idoso enquanto cidadão, ser social e capaz de atuar sobre os seus próprios processos.

Esse quadro enfraquece a expressão do idoso enquanto sujeito do seu processo de produção da saúde, empobrecendo a exploração das tecnologias leves e subtraindo a subjetividade no momento do encontro entre o trabalhador e o idoso. De acordo com Lopes e outros (2014), os indivíduos apenas apropriam-se de uma atitude ativa, quando se reconhecem como sujeitos no processo.

Outrossim, Santos, Giacomini e Firmo (2014) evidenciam que a lógica da atenção a saúde voltada para a doença reafirma o modelo que reduz a velhice à doenças, o que reforça a ideia de fragilidade.

A fragilidade com que o idoso é percebido e a negação da sua qualidade de sujeito social, proprietário da sua própria vida, pelos profissionais de saúde, podem suprimir a sua autonomia e a sua cidadania em relação ao seu caminhar em busca de saúde e qualidade de vida, como observado na fala:

[...] ele tem que obedecer porque para medir pressão tem que descansar um pouquinho, tem uns que chegam logo querendo medir a pressão. [...] Tem uns que não obedecem e eu acho que tem que ter atitude, você tem que cuidar do idoso igual a uma criança. [ENT. 05 Téc. Enf.].

A palavra obedecer, utilizado pelo profissional de saúde, traz a ideia do dever de cumprir, de aceitar, quando utilizada no encontro entre o trabalhador e o usuário conota que o usuário está em uma posição inferior ao trabalhador e tem que se submeter ao que lhe foi prescrito, sem que haja um diálogo, esclarecimento, acolhimento, ou até consentimento.

Em outra concepção, a fragilidade dos idosos pode provocar, nos profissionais de saúde, o sentimento de solidariedade com a vida do outro, entendida por Vale e Pagliuca (2011) como atributo essencial ao cuidado. Assim, a solidariedade, funciona como sensibilizador na relação de cuidado estabelecida entre o profissional e os idosos, permitindo que aflore a sensibilidade para reconhecer as necessidades singulares de cada indivíduo, bem como, contribuir com a identificação de possíveis maneiras de solucioná-las, o que possibilita transcender os aspectos técnicos em busca de uma atenção mais humanizada, que proporcione o crescimento tanto individual como coletivo das pessoas (VALE; PAGLIUCA, 2011; MIRANDA, 2014).

Nessa perspectiva, para Silva Júnior (2006), o acolhimento está relacionado com a capacidade de solidariedade de uma equipe em relação às demandas da população, o que contribui para o estabelecimento de uma relação humanizada.

As falas dos profissionais de saúde evidenciam que a atenção ao idoso é um processo complexo, condicionado por vários elementos, com destaque para as complicações consequentes às condições crônicas de saúde. Nesse sentido, é importante uma análise sobre as concepções que os profissionais de saúde têm sobre o idoso e o envelhecimento, uma vez que essas interferem na forma como o idoso é visto e recebido nas USF.

Conhecer as percepções do profissional em relação aos usuários permite que sejam revelados os modos de se relacionar com o seu objeto de trabalho. Através desse conhecimento é possível (re)direcionar as ações para favorecer a construção da autonomia na produção do cuidado (SCHIMITH; LIMA, 2004). Ao analisar as seguintes falas destaca-se a visão dos profissionais em relação a alguns idosos identificando-os como problemáticos e queixosos:

[...] existem aquelas pessoas queixosas, sempre tem aqueles que querem ser atendidos naquela hora, aí existe aquele descontentamento. [ENT.13 ACS].

[...] aqueles mais problemáticos, a gente conhece também e procura atender logo para ele não ficar muito na unidade porque a gente sabe como ele é. [ENT. 12 Téc. Enf.].

Para que o sujeito seja compreendido e acolhido é necessário que os profissionais de saúde questionem a sua própria postura diante das atitudes negativas expressas pelos usuários, dispondo-se a ouvi-los e compreendê-los tendo em vista o atendimento às suas necessidades. Schimith e Lima (2004) salientam que atitudes de insatisfação manifestadas pelos usuários podem significar que as suas necessidades não estejam sendo ouvidas e, por conseguinte, não estejam sendo atendidas, o que pode provocar queixas e insatisfações frequentes. Assim, fortalecer a relação de vínculo com o usuário pode ser o caminho para a continuidade do cuidado, da atenção, da interação e da confiança necessária para a integralização de informações em um processo no qual o usuário pode vir a construir sua autonomia e tomar decisões sobre o seu tratamento, garantindo maior adesão ao mesmo.

Em relação ao acolhimento na dimensão da atenção, os profissionais inferem que a grande demanda é uma das dificuldades encontradas para exercê-lo:

[...] a gente tenta dar prioridade [...], mas às vezes é difícil da gente cumprir essa prioridade pela demanda que é muito grande. [ENT. 19 Enf.].

[...] eles são bem acolhidos aqui, não é melhor porque a demanda é muito grande, [...] então, por mais que os profissionais que trabalham aqui se esforcem, eles não vão poder dar um bom atendimento, que a demanda é muito grande. [ENT. 15 ACS].

No estudo realizado por Garuzi e outros (2014), a grande demanda também foi apontada como obstáculo para o desenvolvimento do acolhimento, ao lado da dificuldade em realizar encaminhamentos a serviços especializados, a incapacidade dos profissionais para trabalhar em equipe, o descrédito dos usuários relacionado à hegemonia do modelo biologicista, a postura do profissional, o predomínio de práticas curativas, entre outros.

A acessibilidade também foi referida nas entrevistas como uma forma de acolher os usuários idosos:

[...] toda equipe é voltada para poder ajudar na acessibilidade deles, dos idosos na unidade. [ENT. 01 ACS];

É, outra forma que a gente faz [...] é que o pessoal que é do asilo, eles não precisam muitas vezes vir aqui [...]. A gente faz o acolhimento deles lá, [...] a gente vai fazer o atendimento todo lá [...]. [ENT. 19 Enf.].

Essa maneira de acolher visa superar as barreiras físicas internas e externas vivenciadas no cotidiano das USF. Portanto, compreende-se que os profissionais direcionam o acolhimento para a garantia do acesso dos idosos aos serviços ofertados nas unidades de saúde, rompendo os obstáculos físicos, as dificuldades de locomoção dos usuários e revelando flexibilidade ao adentrar no espaço vivo da comunidade (LIMA; MOREIRA; BESSA JORGE, 2013).

A prática dessa situação favorece o trabalho relacional e, ao mesmo tempo intensifica o acesso aos serviços de saúde, a resolubilidade, o acolhimento e o vínculo. Ademais, de acordo com Garuzi e outros (2014), a dimensão relacional é considerada como o principal determinante da satisfação dos usuários, superando a dimensão técnica e organizacional dos profissionais e dos serviços.

Entretanto, há que ressaltar o paradoxo no processo de acolhimento nas USF pesquisadas, no que diz respeito à prioridade dos idosos versus a organização da demanda, dado que os atendimentos são organizados pela lógica burocrática, a partir de filas formadas por ordem de chegada, ao mesmo tempo em que se diz que há um respeito à prioridade do idoso, o que revela a configuração excludente da atenção nas USF, na qual a prioridade é de quem chega primeiro.

A respeito da formação de filas, o agendamento de consultas médicas em um dos serviços estudados é realizado de um dia para o outro, o que proporciona o acolhimento da demanda espontânea e diminui o tempo de espera do usuário por atendimento. No entanto, ainda foi observada a formação de filas nesse mesmo serviço devido à marcação para consultas com especialistas. Essa configuração compromete, inclusive, a atenção prioritária, a qual os idosos têm direito, como pontuado na seguinte fala:

[...] é uma prioridade, tem uma prioridade os idosos, [...] as vezes a gente não consegue porque de manhã chegam muitos [...], então isso aí da fila a gente não consegue. [ENT. 06 ACS].

Além disso, os sujeitos esbarram na dificuldade em resolver as necessidades de saúde fora do âmbito da Atenção Básica, na rede especializada, aumentando o quantitativo de demanda reprimida, o que caracteriza um problema

de gestão do sistema. Essa realidade compromete o cuidado integral e resolutivo ao idoso, visto que, em geral, eles são acometidos por doenças crônicas e necessitam de um aporte em todos os níveis de atenção, dessa forma, para que a atenção seja eficaz e efetiva, é necessário a melhor articulação da rede da Atenção Básica com os diversos níveis assistenciais. Tal obstáculo é destacado na seguinte fala:

A dificuldade que a gente tem é que a gente encontra o problema no idoso e não pode solucionar, porque nós temos os nossos limites, nossas barreiras e nossas portas fechadas, isso pelo próprio sistema de saúde que temos, pela própria demanda. [ENT. 01 ACS].

Os aspectos revelados podem estimular os profissionais a refletirem sobre a sua prática com intuito de direcionar a atenção em saúde às necessidades dos usuários e, desempenhar suas atividades de forma mais humanizada. Embora o acolhimento seja reconhecido e vivenciado na prática dos trabalhadores das USF, ainda são observados conflitos e contradições nos relatos dos profissionais, os quais refletem certamente nas práticas de atenção e no processo de trabalho em saúde.

As ações de acolhimento compõem e se articulam no processo de criação do vínculo, sendo essenciais para a sua construção. No que diz respeito ao vínculo, outra dimensão da produção do cuidado explorada nesse estudo, segundo Garuzi e outros (2014), pode ser entendido como uma relação de cumplicidade entre os atores envolvidos (profissional e usuário), que funciona como elemento para construção da confiança, sendo imprescindível a presença do respeito e da empatia.

A confiança construída na relação com os profissionais estimula a promoção do autocuidado do usuário, ampliando a eficácia das ações e proporcionando maior autonomia nos aspectos relacionados à sua saúde. Além disso, ainda de acordo com os autores supracitados, o vínculo pode oportunizar a concretização do princípio da integralidade, a partir do exercício da cidadania, imprimindo maior autonomia aos sujeitos no processo de saúde e doença.

A cumplicidade e o estabelecimento da confiança através de relações vinculantes surgiram nas falas dos entrevistados:

Como a gente é uma equipe que atua aqui [...] há quatorze anos, né, então os idosos têm essa confiança na equipe do posto, né?! [ENT. 01 ACS];

Eu aqui conheço a grande maioria das pessoas, há muitos anos e já tenho realmente um vínculo afetivo. [ENT. 14 ACS].

As falas revelam que o tempo de trabalho na mesma equipe contribui para o estabelecimento do vínculo e de uma relação de confiança, facilitando a construção social da autonomia através da aproximação dos sujeitos e personalização da relação, o que estimula a responsabilidade e resolubilidade da atenção.

Uma das características principais da ESF é a criação de vínculos entre os profissionais e os usuários, para tal, um dos requisitos é a adscrição da população, permitindo a aproximação entre os profissionais e os sujeitos a fim de direcionar as ações para as necessidades da população, ampliando, desse modo, a capacidade de resposta do serviço e estimulando a participação do usuário durante o processo de atenção a sua saúde. Um dos pré-requisitos desse processo é o reconhecimento do usuário como sujeito social.

Conforme Santos, Giacomini e Firmo (2014), a produção de vínculos entre o profissional e o idoso é essencial para o cuidado porque possibilita a criação de uma relação de ajuda e confiança, autonomizando os idosos a vivenciar essa fase da vida de forma mais peculiar, digna e com mais qualidade, por permitir que os profissionais se aproximem da realidade deles, garantindo uma maior capacidade para atender e reconhecer as suas necessidades.

Assim, o vínculo se relaciona de forma direta com a resolubilidade, que envolve a capacidade do serviço de responder as necessidades de saúde da população, destacado nas falas:

Eles confiam muito na equipe e a equipe também consegue, apesar de muitas dificuldades, suprir algumas necessidades, vamos colocar assim 70 a 80% das necessidades [...], com isso a gente cria credibilidade. [ENT. 01 ACS].

Eles realmente acreditam no que você faz, no que você fala, tem uma confiança profissional. [ENT. 04 Enf.].

Eu tento resolver o problema dele. [ENT. 07 ACD].

A gente busca tentar resolver os problemas deles. [ENT. 19 Enf.].

A atenção à saúde do idoso requisita dos profissionais de saúde um deslocamento das concepções biológicas e prescritivas das doenças para a oferta do cuidado na perspectiva da integralidade propulsando mudanças na dinâmica da produção do cuidado à saúde desse usuário. Santos, Nery e Matumoto (2013) sinalizam que o cuidado ao idoso passará a ser integral e humanizado a partir da

compreensão da velhice como uma etapa natural da vida e entendimento das incapacidades e doenças crônicas como situações referentes à condição anormal do idoso.

Em oposição, as ações de saúde focadas em atos e procedimentos desestimulam a produção do vínculo, posto que o profissional que o executa se condiciona àquela ação em detrimento da atenção ao usuário, dessa maneira, o trabalho torna-se mecanicista. Nesse sentido, o entrevistado 06 destaca:

É preciso que a gente tenha mais esse olhar, esse cuidar de ter mais humanização, de como ajudar as pessoas, né, a serem bem acolhidas, a terem uma resposta melhor. [ENT. 06 ACS].

O entrevistado 24 enfatiza:

Basta às vezes uma orientação, basta às vezes um acolhimento melhor desse paciente para ele se sentir mais seguro, para que ele se sinta, digamos, bem atendido. [ENT. 24 Med.].

Complementando a ideia acima, o vínculo entre a equipe e o usuário possibilita o tratamento de forma mais humanizada e pessoal, proporcionando uma relação de confiança, credibilidade e apoio, conforme os trechos das falas:

Eu também tenho muito tempo aqui, eu já conheço quase todos [...] esses mais antigos que vem aqui eu já trato pelo nome, já conheço. [ENT. 02 Dent.].

Um vínculo de amizade, de pessoas que tem certo respeito um pelo outro. [ENT.16 ACS].

Eu acho que o tratamento, o bom tratamento que eles recebem é importante para manter vínculo, porque quando você é maltratado, você não cria vínculo em lugar nenhum. [ENT. 19 Enf.].

Além disso, a pesquisa permitiu perceber que há uma relação de aproximação entre a equipe multiprofissional e os idosos, o que pode potencializar o processo de trabalho nas USF, evidenciado nos seguintes discursos:

É uma relação assim, uma relação já de um conhecer o outro. [ENT. 08 ACS].

Especialmente a equipe mais antiga já é vínculo de família, é uma relação que já tem um vínculo mesmo de família. [ENT. 19 Enf.].

A gente conhece todo mundo, sabe quem é todo mundo. [ENT. 12 Téc. Enf.].

Gomes e Pinheiro (2005) ressaltam que o acolhimento e o vínculo funcionam como diretrizes operacionais para consolidação dos princípios do SUS, em especial o da integralidade, equidade e a universalização da saúde. Desse modo, a integralidade relaciona-se com a resposta ao sofrimento dos usuários que buscam os serviços de saúde e estaria presente no momento do encontro, na conduta dos profissionais, no reconhecimento das necessidades de saúde explícitas e não explícitas pelos usuários e na responsabilização dos profissionais, dos usuários e das suas famílias.

Desse modo, de acordo com Faria e Araújo (2010), o encontro constitui-se na matéria prima do trabalho em saúde, pois, é a partir do encontro que haverá a composição de formas para intervir no processo saúde-doença. Para tal, as diretrizes produtivas de ações cuidadoras, tais como: o vínculo, o acolhimento, a responsabilização, a autonomização dos usuários, são entendidas como resultado da implantação das tecnologias leves e se manifestam a partir do encontro entre os trabalhadores e os usuários no protagonismo de cada sujeito individual e coletivo (FRANCO; MERHY, 2013).

Portanto, o vínculo, no contexto das USF, manifesta-se como estratégia para superar as ações e as práticas fragmentadas, restritas a realização de procedimentos e ao uso de equipamentos, que em grande parte dos casos, não atendem às necessidades de saúde dos sujeitos. Efetivar o que está contido na teoria das políticas de saúde para a prática é essencial para o reestabelecimento da produção efetiva do cuidado no cotidiano, com a formação de vínculos solidários entre a população e os profissionais, com vistas à construção coletiva de ações que promovam transformação e melhoria no atendimento, valorizando a dignidade e qualidade da vida.

Ao destacar a importância da escuta no estabelecimento do vínculo, podemos inferir que o usuário tem a oportunidade de falar e expor as suas necessidades, permitindo que haja uma maior informação e conscientização sobre o seu sofrimento e as suas causas (GONÇALVES; FIORI, 2010). Os entrevistados destacam o comportamento de escuta como ferramenta para o estabelecimento do vínculo:

[...] no dia a dia, conversando, né! Ouvindo eles, a gente tem que ser ouvinte. [ENT. 03 Téc. Enf.].

[...] se você lida com as pessoas [...] e se você não tem essa relação, não sabe ouvir essa pessoa, fica inviável. [ENT. 16 ACS].

Silva Junior e Mascarenhas (2006) acreditam que a escuta é um importante instrumento de trabalho na atenção ao usuário, por permitir a captação dos elementos ditos e não ditos na fala, abrindo o espaço para a individualidade de cada pessoa. Assis e Almeida (2014) pontuam que a escuta deve transpor a dimensão tecnocientífica, reconhecendo as subjetividades dos sujeitos, com suas histórias de vida, permitindo a percepção de um pelo outro e a troca de saberes.

A vida é constituída da relação e interação entre um sujeito e o outro, nos vínculos que são construídos e na possibilidade de afetar e se deixar ser afetado. Em vista disso, os encontros funcionam como ferramentas que favorecem a capacidade de cuidar e de acolher.

Gonçalves e Fiori (2010) reconhecem que a exploração de elementos terapêuticos na relação de cuidado pode ser favorecida pelo estabelecimento do vínculo, no entanto, os autores afirmam que é comum que os profissionais da Atenção Básica não valorizem ou ignorem essa dimensão, menosprezando o poder terapêutico do vínculo.

Mediante os depoimentos dos entrevistados, não foi observado essa postura dos profissionais, os mesmos se preocupam com o estabelecimento do vínculo e reconhecem a importância dele na produção do cuidado, como assinalado nas falas:

[...] quando a gente estabelece vínculo, a gente consegue ter uma adesão maior ao tratamento. [ENT. 04 Enf.].

Aqui a gente sempre teve uma relação muito boa. [ENT. 13 ACS].

Eu aqui conheço a grande maioria das pessoas, há muitos anos e já tenho realmente um vínculo afetivo, [...] esse vínculo eu acho que é uma coisa muito importante dentro do PSF. [ENT.24 Med.].

Silva Junior e Mascarenhas (2006) pontuam que a relação entre profissional e usuário pode proporcionar maior efetividade das intervenções no processo de saúde e doença, assegurando a maior adesão ao tratamento e as medidas de prevenção e promoção da saúde adotadas. Nesse sentido, Santos, Nery

e Matumoto (2013) assinalam que o vínculo contribui com a adesão dos sujeitos ao serviço de saúde promovendo a continuidade do cuidado, a preservação da saúde e a redução de agravos.

Para Campos (1997), a Atenção Primária é um espaço fértil para a criação do vínculo entre os profissionais e os usuários, visto que oportuniza o acompanhamento longitudinal ao longo dos anos e certa facilidade de acesso dos usuários aos profissionais de saúde. Assim, o vínculo contribui com a formação da autonomia e com a construção individual e coletiva da cidadania.

Portanto, o vínculo entre os sujeitos na produção do cuidado em saúde é fundamental para a qualidade da atenção primária, bem como, para a efetividade, eficácia e satisfação em relação às ações de saúde (TRESSE, 2008).

O vínculo diz respeito à categoria relacional, dessa forma, Viegas e Penna (2012) acentuam que a constituição do vínculo depende dos profissionais e também dos usuários, o que permite a horizontalização e democratização da atenção. Assim, o entrevistado 11 ressalta a boa relação de troca que o usuário tem com sua equipe:

Eles são legais, são alegres, brincam com a gente, entram aqui parecendo que é a casa deles mesmo, entendeu?! E entra, conversa, bate-papo, traz coisa para a gente, aquela relação assim bem afetuosa. [ENT 11 Téc Enf.].

Apesar dos profissionais apontarem o estabelecimento do vínculo de maneira positiva, eles enfrentam dificuldades na criação dessa relação. As condições de trabalho, especialmente a grande demanda são referidas pelos profissionais como obstáculo para a produção do vínculo, além disso, essa demanda compromete a atenção qualificada ao usuário, como percebido nas falas:

Não é uma atenção como a gente deveria dar, entendeu?! Que eles (os idosos) necessitam, porque o tempo é corrido. [ENT. 03 Téc Enf.].

[...] eu acho que a demanda do médico é tão grande que ele não tem tempo de conversar com o idoso. [ENT. 15 ACS].

É a quantidade grande de pacientes idosos, é o número grande de famílias para uma equipe só de PSF. [ENT. 18 Dent.].

A aproximação do profissional com a realidade dos usuários da sua área adscrita permite que a noção de integralidade permeie as ações, direcionando o cuidado de maneira específica e heterogênea para cada realidade, o que corrobora

para que a ESF possibilite ao profissional transpor as barreiras institucionais da unidade e adentre nos espaços da comunidade, ampliando suas possibilidades de intervenção, através do estreitamento do vínculo.

A maneira como os profissionais percebem o vínculo, pode viabilizar a produção do cuidado de forma mais criativa, respeitando as subjetividades dos sujeitos e contribuindo para ultrapassar o distanciamento ocasionado a partir de um processo de trabalho centrado nas tecnologias duras. Entretanto, para que essas mudanças de fato aconteçam ainda é necessária a transformação nos microprocessos de trabalho, sobretudo na maneira de organizar o processo de trabalho e a inversão da lógica biomédica que fundamenta as ações de saúde.

Considerações finais

A visão do profissional de saúde possibilitou, nesse estudo, explorar as vivências, algumas dificuldades e aspectos relevantes na produção do cuidado ao idoso no contexto das USF, visto que esses sujeitos são responsáveis pelo direcionamento e gestão das ações que envolvem esse processo. Porém, essa discussão transcende o olhar profissional, a produção do cuidado é complexa e envolve uma variedade de sujeitos, como os usuários e os gestores, por exemplo.

O processo de trabalho apresentou-se sob uma percepção reducionista e limitada em relação ao processo de saúde e doença, estruturado a partir da lógica biologicista e médico assistencial privatista. Nas unidades de saúde investigadas os atendimentos são prioritariamente limitados às consultas clínicas e à execução de procedimentos. O planejamento das atividades educativas e assistenciais revelou-se fragilizado, caracterizando as ações das equipes como pontuais e descontinuadas. Cada profissional trabalha no seu setor e desenvolve as atividades relacionadas à sua atribuição, sem ter a interação e nem participação do todo. Muitos deles citaram como objeto de trabalho a sua ação técnica em si, como o tratamento odontológico, a dispensação de medicação na farmácia, assim como as doenças.

Por sua vez, essa estrutura do processo de trabalho, focada em atos e procedimentos, não favorece o acolhimento e nem o vínculo porque o profissional que o executa se condiciona àquela ação em detrimento do usuário e da atenção que deve ser despendida a ele, tornando o trabalho mecanicista. Apesar dessa configuração o acolhimento e o vínculo ao idoso é realizado, principalmente, na

perspectiva de uma atenção mais qualificada a essa população, por meio da escuta, do estabelecimento de uma relação de confiança, da tentativa de garantia do direito a prioridade na atenção e da humanização. Entretanto, essas ações são realizadas pelos profissionais de maneira individual e isolada.

A partir da análise, a produção do cuidado ao idoso revelou práticas marcadas por contradições e conflitos. Os discursos, por vezes, foram contraditórios em relação às práticas observadas, os atendimentos são organizados pela lógica burocrática, a partir de filas e por ordem de chegada, as ações dos trabalhadores são centradas nas tecnologias duras e a relação dialógica entre trabalhador e usuário é precária. Pensar em acolhimento é ir além do contexto da porta de entrada do serviço, é pensar desde a recepção dos usuários até a resolução dos problemas apresentados por ele, em todo percurso do indivíduo pelo sistema de saúde.

Portanto, o profissional necessita desenvolver sua sensibilidade com intuito de operar como agente transformador das práticas de saúde, ampliando a sua dimensão cuidadora em consonância com a complexidade do ser humano biopsicossocial através da exploração das tecnologias leves, com vistas a oferecer um cuidado integral, humanizado e de qualidade. Reorientar as ações de saúde às necessidades dos usuários ainda é um desafio presente, que deve ser superado pelos profissionais de saúde, usuários e gestores. E uma das possibilidades para que essa transformação aconteça é o oferecimento de condições de trabalho dignas, que propulsionem um campo fértil para o desenvolvimento de ações humanizadas, bem como o investimento em educação permanente, que favoreça a reflexão da prática e o fortalecimento das perspectivas de mudanças.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L. U. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3521-3532, 2014.

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

ASSIS, M. M. A. ALMEIDA, M. V. G. (Orgs.). **Acesso aos serviços e tecnologias no sistema único de saúde**: abordagens, teorias e praticas. Feira de Santana: UEFS Editora, 2014.

BARROS, T. B.; MAIA, E. R.; PAGLIUCA, L. M. F. Facilidades e dificuldades na assistência ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, v. 4 p. 732-741, out./dez. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: 1990.

BRASIL. **Portaria nº 2.528** de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS**: material de apoio, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

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

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CHAVES, A. C. C.; SILVA, V. L. A. Processo de trabalho e produção do cuidado na Estratégia de Saúde da Família: a realidade de enfermeiras. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v. 15, n. 3, p. 249-264, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/10563/6813>>. Acesso em: 2014.

COELHO, M. O.; BESSA JORGE, M. S. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 14 (supl.1), p.1523-1531, 2009.

COSTA, M. F. B. N. A. da; CIOSAK, S. I. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. **Rev. Esc. Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 437-444, 2010.

DAMASCENO, R. F. et al. O acolhimento no contexto da Estratégia Saúde da Família. **J Health Sci**, v. 30, n. 1, p. 37-40, 2012. Disponível em: <http://200.136.76.129/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/01_jan-mar/V30_n1_2011_p37-40.pdf>. Acesso em: 2014.

FARIA, H. X.; ARAUJO, M. D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 19, n. 2, p. 429-439, 2010.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: HUCITEC, 2013.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface- Comunic, Saúde, Educ**, v. 11, n.23, p. 427-438, set./dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832007000300003&script=sci_arttext>. Acesso em: 2014.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030**: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

GARUZI, M. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**, v.35, n. 2, p. 144-149, 2014. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n2/a09v35n2.pdf>>. Acesso em: 2014.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro - RJ, v. 14, n.3, 783-794, maio/jun. 2009.

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu - SP, v. 9, n.17, p.287-301, mar./ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200006>. Acesso em: 2014.

GONÇALVES, D. A.; FIORI, M. L. M. Vínculo, acolhimento e abordagem psicossocial: a prática da integralidade. **Módulo psicossocial**. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2010.

HOUAISS, A. **Dicionário de sinônimos e antônimos**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Brasília, DF, 2010.

LIMA, L. L.; MOREIRA, T. M. M.; BESSA JORGE, M. S. Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização. **Rev Bras Enferm**, Brasília, DF, v. 66, n. 4, p. 514-522, jul./ago. 2013.

LOPES, R. F.; LOPES, M. T. F.; CAMARA, V. D. Entendendo a solidão do idoso. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 6, n. 3, p. 373-381, set./dez. 2009.

LOPES, G. V. D. O. et al. Acolhimento: quando o usuário bate a porta. **Rev. Bras. Enferm.**, v.67, n.1, p.104-110, jan./fev., 2014.

LUNARDI, V. L. et al. Processo de trabalho em enfermagem/ saúde no Sistema Único de Saúde. **Enfermagem em Foco**, Juiz de Fora, MG, v. 1, n. 2, p. 73-76, 2010. Disponível em: <http://200.136.76.129/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/01_jan-mar/V30_n1_2011_p37-40.pdf>. Acesso em: 2014.

MARIN, M. J. S.; SANTANA, F. H. S.; MORACVICK, M. Y. A. D. Percepção de idosos hipertensos sobre suas necessidades de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 103-110, 2012.

MARTINS, A. B. et al. Atenção Primária a Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. **Ciência saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3403-3416, 2014.

MEDEIROS, F. A. et al. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev. Salud Pública.**, Natal, RN, v. 12, n. 3, v. 402-413, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12n3/v12n3a06>>. Acesso em: 2014.

MENDES-GONÇALVES, R. B. Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da saúde de São Paulo, 1992. **Cadernos CEFOR - Série Textos 1.**

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. M.; CERQUEIRA, P. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: FRANCO, T. B.; RAMOS, V. C. (org). **Semiótica, afecção & cuidado em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2010.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 37-54.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org). **Dicionário de educação profissional em saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz/Ministério da Saúde, 2009.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos.** São Paulo: HUCITEC, 2013.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2010.

MIRANDA, A. C. **Produção do cuidado em saúde às pessoas privadas de liberdade nas unidades prisionais de uma capital brasileira.** 2014. 169f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2014.

OLIVEIRA, S. S. de. **Produção do cuidado nas equipes de Saúde da Família em busca da resolubilidade da atenção.** 2009. 208f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2014.

SANTOS, F. P. A.; NERY, A. A.; MATUMOTO, S. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 107-114, 2013.

SANTOS, W. J.; GIACOMIN, K. C.; FIRMO, J. O. A. Avaliação da tecnologia das relações de cuidado nos serviços em saúde: percepção dos idosos inseridos na Estratégia Saúde da Família em Bambuí, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 19, n.18, p. 3441-3450, 2014.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov./dez. 2004.

SILVA JÚNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

SILVA JÚNIOR, A. G. da; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, Abrasco, 2006.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Infant.**, Recife, v. 5, n.4, p.493-503, out./dez. 2005.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. DE S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 15, supl. 3, p. 3615-3624, 2010.

TRESSE, V. P. **Acolhimento e vínculo na assistência prestada ao portador de Diabetes em uma Unidade Básica de Saúde no Município do Rio de Janeiro**, 2008. Dissertação em Ciências na área de Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Rio de Janeiro, 97f. 2008.

VALE, E. G.; PAGLIUCA, L. M. F. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Rev Bras Enferm**, Brasília jan-fev; 64(1): 106-13, 2011.

VIEGAS, S. M. da F., PENNA, C. M. de M. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na Estratégia Saúde da Família. **Rev Rene**, v. 13, n. 2, p. 375-85, 2012. Disponível em:
<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/221>. Acesso em: 2014.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“- Os homens esqueceram a verdade – disse a raposa.
- Mas tu não a deves esquecer. Tu te tornas eternamente responsável por aquilo que cativas”.

(SAINT-EXUPÉRY, 2010)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de trabalho em saúde e a forma de interação entre os seus componentes permite revelar a maneira de se produzir saúde, assim, ao buscarmos analisar a produção do cuidado ao idoso é essencial que o processo de trabalho seja desvelado, demonstrando a sua expressão no cotidiano das ações dos profissionais de saúde.

Nesta pesquisa, o processo de trabalho apresentou-se sob uma percepção reducionista e limitada em relação ao processo de saúde e doença, estruturado preferencialmente a partir da lógica biologicista e médico assistencial privatista. Nas unidades investigadas os atendimentos são prioritariamente organizados através da execução de procedimentos e das consultas clínicas individuais, provocando tensões na organização do trabalho.

Cada profissional trabalha no seu setor e desenvolve suas atividades relacionadas àquela atribuição, repercutindo negativamente na interação e no envolvimento interdisciplinar entre os múltiplos profissionais que compõem a equipe. Assim, apontamos para o fato de que o diálogo entre os diversos saberes que envolvem a equipe multidisciplinar para orientar a atenção ao sujeito social, idoso, é pouco ou inexistente.

O cuidado individual é valorizado em detrimento do cuidado coletivo e as tecnologias relacionais parecem negligenciadas. Tal situação aponta para o distanciamento dos profissionais da finalidade real do seu trabalho, no caso, o usuário. A prática dos profissionais encontra-se direcionada ao trabalho morto, que suprime as possibilidades de expressão da criatividade, do vínculo, do acolhimento e da autonomização do usuário, enfim, cerceia o idoso enquanto sujeito complexo, que abrange em si o âmbito biológico, social e psicológico, suprimindo a importância da subjetividade humana, na qual a autonomia dos sujeitos é subestimada, e estes assumem o papel de coadjuvante do cuidado à sua saúde.

Em contrapartida, por vezes, essa estrutura é retroalimentada pelos próprios usuários, através da construção de necessidades balizadas em uma sociedade medicalizante. Assim, nós, enquanto cidadãos somos produtos e produtores dessa dinâmica. Entretanto, na qualidade de sujeitos, usuários do sistema de saúde, regido sob a lógica biologicista, somos vítimas de uma atenção precarizada, homogeneizante, pouco resolutiva, excludente e de baixa qualidade.

De acordo com os depoimentos dos profissionais, a finalidade do seu trabalho está direcionada a prevenção, porém, essa prática é realizada de maneira pontual, fragmentada, individual e descontinuada, assim como as práticas educativas, que em geral, situam-se sob a responsabilidade dos estudantes de graduação que fazem estágio nas unidades. As ações de promoção à saúde do idoso e de prevenção das doenças são realizadas sem que haja um planejamento das ações educativas. A prática dos profissionais demonstrou-se substancialmente pontual, descontinuada e isolada, na qual o atendimento está relacionado com as ações programáticas e com a demanda emergida no dia a dia, em detrimento de um planejamento para atender as reais necessidades da população.

Assim, torna-se relevante salientar que embora um dos objetivos da Estratégia Saúde da Família seja a prevenção de doenças, através das diversas atividades realizadas, a atenção ainda é assistencialista, de modo que a prevenção ainda ocupa um espaço real pequeno nesse contexto. Um contexto no qual a finalidade do trabalho nem sempre é alcançada, pela existência de uma reconhecida relação de dependência quanto aos outros níveis do sistema, percebida mais fortemente pelos profissionais de saúde quando são feitos encaminhamentos a especialistas e esses esbarram em dificuldades quanto ao acesso e a outros tipos de barreiras.

Desse modo, os relatos dos profissionais de saúde evidenciam que o trabalho no campo da saúde nunca se dá por concluído, por conta de impasses relativos a problemas sempre a resolver. Por outro lado, destaca-se o apoio fornecido pelo NASF às unidades de saúde no sentido da promoção da saúde e prevenção de doenças.

Os profissionais demonstraram consciência que poderiam oferecer uma atenção mais qualificada aos idosos, porém se deparam com problemas que ultrapassam o seu poder de gestão, como as grandes demandas, a sobrecarga de trabalho, o acúmulo de atividades, as condições precárias de trabalho e de vínculo empregatício. Tais aspectos apontam que a necessidade de mudança do comportamento do trabalhador no âmbito dos serviços de saúde, em busca de uma atenção mais humanizada, requer o enfrentamento desses desafios, bem como o da formação desses profissionais, que ainda está direcionada a priorização do corpo biológico e da doença como foco de atuação, delimitando o espaço de atuação e de

visão do profissional, que é treinado ainda para pensar e agir de maneira medicalizante, na qual o hospital é legitimado como espaço prioritário de atuação.

A atenção ao idoso baseada neste tipo de abordagem não proporciona o desenvolvimento da autonomia do usuário e nem estimula a responsabilização pela produção da sua saúde, além de resultar na fragmentação do cuidado.

Por sua vez, a estrutura do processo de trabalho focada em atos e procedimentos, compromete o acolhimento e o vínculo porque o profissional que o executa se condiciona àquela ação em detrimento do usuário e da atenção que deve ser despendida a ele, tornando o trabalho mecanicista. Apesar dessa configuração o acolhimento e o vínculo ao idoso são realizados, ainda que de maneira incipiente, isolada e individualizada, principalmente, na perspectiva de uma atenção mais qualificada a essa população, por meio da escuta, do estabelecimento de uma relação de confiança, da garantia do direito a prioridade na atenção e da humanização.

A produção do cuidado se revelou como campo de práticas e discursos contraditórios e conflituosos. Os entrevistados afirmaram práticas que não foram confirmadas através da observação sistemática. As ações dos trabalhadores são centradas principalmente nas tecnologias duras e a relação dialógica entre trabalhador e usuário é precária.

Pensar o acolhimento supõe ir além do contexto da porta de entrada do serviço, é pensar desde a recepção dos usuários até a resolução dos problemas apresentados por ele em todo o seu percurso pelo sistema de saúde. Assim, o acolhimento é praticado no ato da sua realização, de forma a ressoar em toda trajetória do usuário pelo sistema de saúde, tal ideia supõe que o ato de acolher implica responsabilização. Ao se tratar da responsabilidade do profissional da Atenção Básica podemos caracterizá-la como uma responsabilidade vinculante, ou seja, exige a existência do vínculo, dito de outra maneira, o profissional é o responsável por dirigir, acompanhar e direcionar o indivíduo por todo sistema de saúde. Dessa forma, o acolhimento pressupõe responsabilidade, compromisso e competência, visto que repercute em todo processo de busca de resolução das necessidades apresentadas pelos usuários.

O acesso às ações e serviços de saúde sofreu ampliação e melhoria importante com a implantação do SUS, ganhando mais força através da ESF. Contudo, as ações realizadas precisam ser eficazes, com capacidade de responder

as necessidades da população. E nesse processo, para vislumbrar as necessidades dos usuários é fundamental que exista um espaço de abertura, no qual o trabalhador possa acolher e se vincular aos usuários para compreender as suas necessidades, respeitando a sua singularidade e o compreendendo em sua totalidade.

O modo como o trabalho vivo opera nas relações interpessoais entre profissional e usuário, irá definir como será produzido o cuidado em saúde. Nesse processo de interação é possível repensar sobre as práticas do processo de trabalho em saúde, estimulando o comprometimento do profissional com a autonomização dos usuários e as ações em defesa da vida.

Entretanto, para que os princípios do SUS e as propostas da ESF se efetivem enquanto prática cotidiana, e se mantenham impregnadas nas ações de saúde, é fundamental, ou melhor, é imprescindível que os profissionais estejam comprometidos em exercer suas atividades com base nesses princípios. Afinal, não existe um padrão para um atendimento humanizado, que vincule e acolha o idoso mediante as suas necessidades, e o compreenda enquanto ser social, autônomo e responsável pela sua vida no processo de saúde e doença. Sabemos sim, que existem elementos que nos direcionam e facilitam essa conduta, porém, não há uma receita, nem uma normatização. O profissional é livre, autônomo e capaz de proporcionar condições para que esses elementos estejam presentes na sua conduta.

Nesse sentido, é preciso pensar em elementos que potencializem essas mudanças. O envelhecimento demográfico no Brasil requer alterações nos âmbitos político, econômico, institucional e da saúde e, vai além disso, é preciso uma mudança de postura no cuidado ao idoso, ou seja, uma mudança na micropolítica da atenção a esses cidadãos.

A execução do trabalho com vistas à integralidade abrange ações clínicas, educativas, de prevenção, promoção e reabilitação da saúde. É no cotidiano de trabalho que surge a possibilidade de mudança de postura, portanto, o trabalho vivo em ato torna-se um campo fértil de intervenção, na busca de outro modo de operar o trabalho em saúde. Dessa maneira, é fundamental que os trabalhadores reflitam sobre a sua prática e encontrem soluções para exercer suas atividades de forma mais ampla, com novas atitudes, posturas e comprometimentos.

Paralelamente, o profissional necessita de condições para desenvolver sua sensibilidade com intuito de operar como agente transformador das práticas de

saúde, ampliando a sua dimensão de cuidado em consonância com a complexidade do ser humano biopsicossocial através da exploração das tecnologias leves, com vistas a oferecer um cuidado integral, humanizado e de qualidade. Reorientar as ações de saúde às necessidades dos usuários ainda é um desafio presente, que deve ser superado pelos profissionais, usuários e gestores da saúde. As possibilidades para que essa transformação aconteça perpassa por melhoria das condições de trabalho dos profissionais de saúde e pelo investimento em educação permanente, que favoreça a reflexão da prática e o fortalecimento das perspectivas de mudanças.

A discussão realizada aqui não se esgota por se tratar de um objeto de estudo processual e dinâmico, permitindo a sua exploração por intermédio de novas nuances, inclusive na escuta dos usuários das USF.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, C. S. et al. **Acolhimento**: necessidade e desafio. Disponível em: <<http://www.uesc.br/atencaoasaude/publicacoes/acolhimento-necessidadeedesafiocristinasetentaetal.pdf>>. Acesso em: 2014.

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

AVEIRO, M. C. et al. Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. **Cienc Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, Supl. 1, p. 1467-1478, 2011.

BACKES, M. T. S. et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 111-117, jan./mar. 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. **Decreto-lei nº 1.948**, de 03 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Brasília, DF: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, 1994.

BRASIL. **Decreto-lei nº 8.842**, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso. Brasília, DF: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família - PSF**. Relatório preliminar. Brasília, DF, 1999.

BRASIL. **Lei nº 10.741**, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem- trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Ministério da Saúde/Fiocruz: Rio de Janeiro, 2005.

BRASIL. **Portaria nº 2.528** de 19 de outubro de 2006, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos da Atenção Básica**, n. 19, Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso**, 2010. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/index.php?pag=bibli>>. Acesso em: 2014.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2013.

CECCIM, R. B. **Linha de cuidado**. Texto elaborado para fins didáticos para a Unidade de Produção Pedagógica (UPP) Linha do Cuidado, Integrante do Curso de Especialização e Residência Integrada em Saúde Coletiva, do Centro de Educação Permanente em Saúde (CEPS), da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju. Aula dos dias 11 e 12.11. 2005. Aracaju - SE. p 1-12, 2005. (Digitado).

COSTA, M. F. B. N. A. da; CIOSAK, S. I. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. **Rev. Esc. Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 437-444, 2010.

FARIA, H. F. et al. **Processo de trabalho em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

FARIA, H. X.; ARAUJO, M. D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 19, n. 2, p. 429-439, 2010.

FEIRA DE SANTANA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de saúde, exercício 2010- 2013**. Feira de Santana - BA, 2013.

FEIRA DE SANTANA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2014**. Feira de Santana - BA, 2014a.

FEIRA DE SANTANA. Secretaria Municipal de Saúde. **Consolidado das famílias Cadastradas - SIAB**. Feira de Santana - BA, 2014b.

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. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 37-54.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030**: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

GUIMARÃES, R. M. Brasil: país de cabelos brancos. **Rev. A terceira idade - estudos sobre envelhecimento**, São Paulo, v. 19, n. 43, p. 7-31, out. 2008.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. 10. ed. rev. atual. Petrópolis, R. J.: Vozes, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic_sau de.pdf>. Acesso em: 9 out. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Brasília, DF, 2010.

LESSA, S.; TONET, I. **Introdução à filosofia de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARX, K. **O capital**. São Paulo: Difel, 1975. Livro I, v. 1.

MENDES-GONÇALVES, R. B. Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da

Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 1992. **Cadernos CEFOR** - Série Textos 1.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECILIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1997. p. 117-160.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. et al. **O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 37-54.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). **Dicionário de educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ministério da Saúde, 2009.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: HUCITEC, 2013a.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: HUCITEC, 2013b.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde: debate necessário para a compreensão do processo de “financeirização” do mercado na saúde. FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: HUCITEC, 2013.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2010.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, R. J.: Vozes, 2011.

MIRANDA, A. C. **Produção do cuidado em saúde às pessoas privadas de liberdade nas unidades prisionais de uma capital brasileira**. 2014. 169f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2014.

MOTTA, L. B. da; AGUIAR, A. C.; CALDAS, C. P. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 779-786, abr. 2011.

OLIVEIRA, S. S. de. **Produção do cuidado nas equipes de Saúde da Família em busca da resolubilidade da atenção.** 2009, 208f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2009.

OLIVEIRA, J. C. de A.; TAVARES, D. M. dos S. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 774-781, 2010.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de saúde Joaquim Venâncio. Observatório dos Técnicos em Saúde (Org). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde. 2006, p. 199-207.

RODRIGUES, R. A. P. et al. Política Nacional de Atenção ao Idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 536 -545, jul./set. 2007.

SANTANA, J. S. da S.; NASCIMENTO, M. A. A. do (Orgs.). **Pesquisa:** métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana, BA: UEFS Editora, 2010.

SANTOS, F. P. dos A. **Processo de trabalho das equipes de saúde da família na produção do cuidado aos usuários com hipertensão arterial.** 2010. 170f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, 2010.

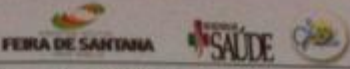
SILVA JÚNIOR, A. **Modelos tecnoassistenciais em saúde:** o debate no campo da saúde coletiva. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. da. Abordagem do idoso em Programas de Saúde da Família. **Cad. Saúde Públ.**, v. 19, n. 3, p. 839-847, maio/jun. Rio de Janeiro, 2003.

TRIVINÕS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciência sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. 18. reimp. São Paulo: Atlas, 2009.

ANEXOS

ANEXO A - AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE


FEIRA DE SANTANA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Secretaria Municipal de Saúde
Seção de Capacitação Permanente

E-mail: scp.sms@gmail.com
(75) 3612-6608/Ramal 6608

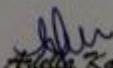
Feira de Santana, 01 de Julho de 2014.


Da: Seção de Capacitação Permanente
PARA: Atenção Básica
ATT: Dr^a Valdenice Queiroz
C/C: USF e Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS

Informamos que se encontra autorizado a realização da pesquisa e entrevista semi-estruturada da mestrand: *Adje Silva Santos*, do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Acadêmico, pela UEFS, tendo como tema: “*Produção do cuidado ao idoso na Estratégia de Saúde da Família em uma cidade do semiárido Brasileiro*”. Com objetivos em Analisar a produção do cuidado ao idoso na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Identificar as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores da ESF para a produção do cuidado em saúde do idoso.

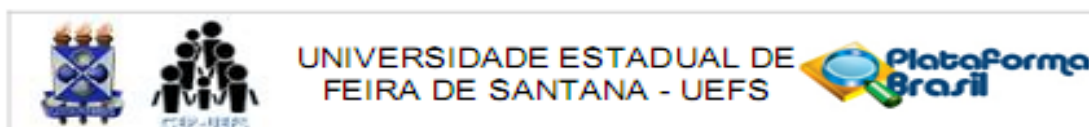
Informamos ainda que a execução do projeto deverá ocorrer mediante aprovação do comitê de ética em referencia.

Atenciosamente,


Ariella Karla Covas
Coordenadora da Seção de Capacitação Permanente


CNPJ 14.043.574/0001-51
Secretaria Municipal de Saúde
Feira de Santana/Bahia

ANEXO B - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Produção do cuidado ao idoso na Estratégia Saúde da Família em uma cidade do semiárido brasileiro

Pesquisador: Adje Silva Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34059514.3.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

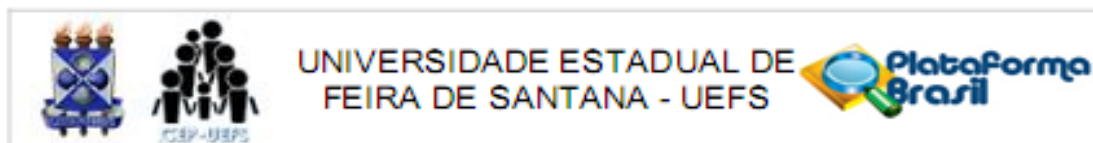
Número do Parecer: 846.144

Data da Relatoria: 27/10/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um "Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva" de autoria de Adje Silva Santos orientada pela profª Drª Maria Geralda Gomes Aguiar. As autoras abordam que "A população está envelhecendo e o perfil de morbidade se modificando. As doenças crônicas adquirem maior expressão e por consequência, aumenta a demanda por serviços de saúde e o número de internações hospitalares. Além disso, essas mudanças exigem outros cuidados como acompanhamento constante, medicações contínuas, medidas de prevenção e promoção à saúde e, sobretudo, a existência de políticas públicas que atendam as necessidades e demandas específicas da terceira idade." (projeto completo p. 4) Assim destacam citando Guimarães(2008) que "o nosso país ainda apresenta dificuldade em oferecer condições para uma velhice mais digna. As limitações vão além do setor saúde.[...]" e "No quesito saúde a situação do Sistema Único de Saúde (SUS) não é a mais adequada para atender as necessidades dos idosos." (p.5) discutem ainda o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia de reorientação do modelo de assistência à saúde a partir da Atenção Básica e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), "que define, a Atenção Básica como porta de entrada para a atenção a saúde do idoso e a referência para a rede de ações

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Processo: 848.144

e serviços de média e alta complexidade." (projeto simplificado Plataforma Brasil)

Assim o projeto apresenta como questões norteadoras: "Como se configura a produção do cuidado ao idoso na Estratégia Saúde da Família na cidade de Feira de Santana - BA? Quais são as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde ao idoso na ESF na cidade de Feira de Santana - BA? Quais são os limites e facilidades encontradas pelos profissionais de saúde na produção do cuidado ao idoso nas Unidades de Saúde da Família?" (projeto completo p. 7)

Em relação aos aspectos metodológicos: as autoras propõem um estudo qualitativo, que será realizado em Feira de Santana- BA em Unidades Saúde da Família (USF) "com saúde bucal, a partir dos seguintes critérios: USF com equipes completas (enfermeiro, médico, auxiliar/técnico de enfermagem, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e agente comunitário de saúde); USF localizadas na zona urbana; USF com mais de um ano de implantação, visto que uma das dimensões de análise da produção do cuidado é o vínculo [...] Os participantes do estudo serão os trabalhadores de saúde das Unidades de Saúde da Família de Feira de Santana - Ba." (projeto simplificado Plataforma Brasil) Utilizarão como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada e a observação sistemática como roteiros específicos. A análise dos dados se dará através da técnica de Análise de

Conteúdo. Apresenta cronograma exequível e atualizado, orçamento no valor total de R\$ 3.773,80 com a descrição da contrapartida da UEFS.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a produção do cuidado ao idoso pelos profissionais de saúde no Programa de Saúde da Família na cidade de Feira de Santana - Ba.

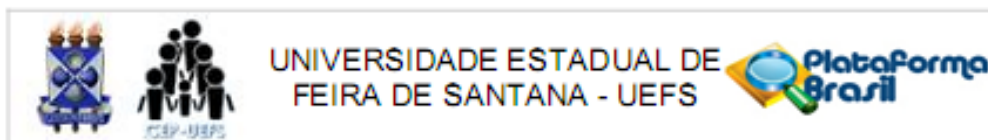
Objetivo Secundário:

Discutir as ações desenvolvidas para e com os idosos pelos profissionais de saúde no PSF na cidade de Feira de Santana - Ba. Descrever as facilidades e limites na produção do cuidado ao idoso."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"No que diz respeito aos riscos, por se tratar de uma entrevista sobre a produção do cuidado ao idoso você poderá manifestar ansiedade ou constrangimento em falar sobre o assunto. Em relação à observação das atividades diárias, o risco se relaciona ao constrangimento em ser observado. A pesquisa será imediatamente interrompida caso seja percebido algum dano ou constrangimento." (TCLE)

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulos I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: csp@uefs.br



Continuação do Parecer: 848.144

Quanto aos benefícios:

" Essa pesquisa justifica-se por permitir uma reflexão sobre a produção do cuidado ao Idoso, assim poderá proporcionar novos direcionamentos à atenção saúde dos Idosos, e abrir a possibilidade de discussão sobre o assunto buscando alternativas para o cuidado Integral a esses, o que poderá proporcionar maior qualidade de vida a essa população."(TCLE)

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante e viável do ponto de vista ético.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Protocolo Completo

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após o atendimento das pendências, o Projeto está aprovado para execução, pois atende aos princípios bioéticos para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 (CNS).

Situação do Parecer:

Aprovado

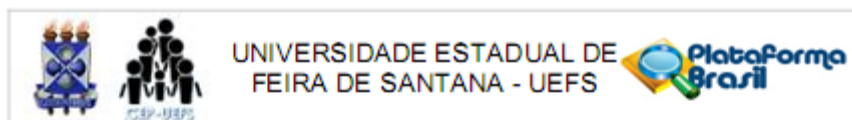
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Tenho muita satisfação em informar-lhe que seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12. Relembro que conforme Institui a Res. 466/12, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-6067 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Processo: 848.144

FEIRA DE SANTANA, 27 de Outubro de 2014

Assinado por:
Zannety Conceição Silva do Nascimento Souza
(Coordenador)

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3151-8067 E-mail: ocp@uefs.br

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Participantes: Trabalhadores de saúde da Estratégia Saúde da Família



Universidade Estadual de Feira de Santana
 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Acadêmico
 Pesquisadora responsável: Adje Silva Santos
 Pesquisadora colaboradora: Prof^a. Dr^a. Maria Geralda Gomes Aguiar

Entrevista (nº)	Código do(a) entrevistado(a)	Início (hora)	Término (hora)	Data
				___/___/2014

ROTEIRO

1 Caracterização do(a) entrevistado(a):

- a) Sexo: M() F()
 b) Idade: ___ anos
 c) Escolaridade _____
 d) Ano de conclusão do curso de graduação/educação profissional: _____
 e) Categoria profissional _____
 f) Cargo ou função no serviço _____
 g) Tempo de trabalho no serviço de saúde: _____
 h) Modalidade de contrato: _____
 i) Tem duplo vínculo: _____ Onde? _____
 j) Carga horária: _____

2 Temas norteadoras

2.1 Processo de trabalho da equipe Saúde da Família

- a) Objeto de trabalho
 b) Finalidade
 c) Instrumentos
 d) Agentes
 e) Atividades desenvolvidas/práticas com os usuários na produção do cuidado

2.2 Acolhimento

2.3 Vínculo

2.4 Relações interpessoais (entre participantes da equipe de saúde e equipe/usuário).

2.5 Comunicação/diálogo entre a equipe e usuário e vice-versa.

2.6 Compreensão acerca da produção do cuidado em saúde aos idosos

2.7 Facilidades e limites/dificuldades em relação à produção do cuidado ao idoso.

APÊNDICE B - ROTEIRO OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA



Universidade Estadual de Feira de Santana
 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Acadêmico
 Pesquisadora responsável: Adje Silva Santos
 Pesquisadora colaboradora: Prof^a. Dr^a. Maria Geralda Gomes Aguiar

Código (nº)	Nome do serviço de saúde	Tempo de funcionamento	Tipo de serviço	Data
				__/__/2014

ROTEIRO

1. Processo de trabalho em saúde na produção do cuidado ao idoso
 - a) Objeto de trabalho
 - b) Finalidade
 - c) Instrumentos
 - d) Agentes
 - e) Atividades desenvolvidas/práticas com os usuários na produção do cuidado
2. Acolhimento
3. Vínculo
4. Relações interpessoais (entre participantes da equipe de saúde e equipe/usuário)
5. Comunicação/diálogo entre a equipe e usuário e vice-versa
6. Facilidades e limites/dificuldades na produção do cuidado ao idoso.

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Adje Silva Santos (pesquisadora responsável) e Maria Geralda Gomes Aguiar (pesquisadora colaboradora), através da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), estamos convidando-o para participar da pesquisa “Produção do cuidado ao idoso na Estratégia Saúde da Família em uma cidade do semiárido Brasileiro”. A qual tem como objetivos: analisar a produção do cuidado ao idoso pelos profissionais de saúde no Programa de Saúde da Família na cidade de Feira de Santana - Ba; discutir as ações desenvolvidas para e com os idosos pelos profissionais de saúde no PSF na cidade de Feira de Santana - Ba, descrever as facilidades e limites na produção do cuidado ao idoso. Essa pesquisa justifica-se por permitir uma reflexão sobre a produção do cuidado ao idoso, assim poderá proporcionar novos direcionamentos à atenção saúde dos idosos, e abrir a possibilidade de discussão sobre o assunto buscando alternativas para o cuidado integral a esses, o que poderá proporcionar maior qualidade de vida a essa população. Esta pesquisa será realizada através da entrevista semiestruturada e da observação sistemática de ações como consultas, acolhimento na recepção, triagem, entrega e distribuição de medicação e de educação em saúde. No momento da observação sistemática será adotada uma postura discreta e de neutralidade, de modo a não interferir e nem interromper você. Caso você aceite participar, a entrevista ocorrerá mediante agendamento, de acordo com sua disponibilidade, em local reservado, respeitando a sua privacidade e anonimato. As entrevistas serão gravadas em aparelho digital portátil, mediante a sua permissão, estas serão transcritas, salvas no CD-R e apagadas do gravador logo em seguida. As entrevistas e o material da observação ficarão guardados no Núcleo Integrado de Estudos e Pesquisas sobre Cuidar/Cuidado da UEFS por cinco anos e após esse período serão destruídos. É garantido o esclarecimento de qualquer dúvida antes, durante e após o curso da pesquisa, sendo também assegurado o seu direito de alterar a entrevista caso julgue necessário e de se recusar em participar ou de desistir da participação da pesquisa em qualquer fase sem nenhum dano ou prejuízo. No que diz respeito aos riscos, por se tratar de uma entrevista sobre a produção do cuidado ao idoso você poderá manifestar ansiedade ou constrangimento em falar sobre o assunto. Em relação à observação das atividades diárias, o risco se relaciona ao constrangimento em ser observado. A pesquisa será imediatamente interrompida caso seja percebido algum dano ou constrangimento. Na hipótese de lhe ocorrer danos causados pela pesquisa, garantimos indenização conforme assegura a Resolução 466/2012. Caso aceite participar deste estudo, a sua participação não lhe trará nenhuma despesa ou benefício material. Seguindo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, os dados desta pesquisa têm caráter sigiloso não havendo sua identificação em nenhum momento. Informamos que os resultados desta pesquisa serão apresentados para a UEFS, encontros científicos, congressos, assim como publicados em revistas científicas, entre outros eventos de cunho científico. Além disso, os resultados da pesquisa serão apresentados à equipe das USF, em reunião previamente marcada, conforme disponibilidade das mesmas, assim, garantindo-lhes o retorno desses. Após ter lido e compreendido todas as informações e caso aceite participar desta pesquisa de livre e espontânea vontade, solicitamos que assine este termo de consentimento, assim como as pesquisadoras, em duas vias, sendo que uma ficará em seu poder. Em caso de dúvida as pesquisadoras poderão ser encontradas de segunda a sexta-feira no Núcleo Integrado de Estudos e Pesquisas sobre Cuidar/Cuidado no Módulo VI da Universidade Estadual de Feira de Santana, km 13, BR 116, Campus Universitário em Feira de Santana, tel: (75) 3161-8365.

Feira de Santana, ____ de _____ de 2014.

 Profª. Maria Geralda G. Aguiar
 Pesquisadora colaboradora
 (tel. 075 3161-8365)

 Adje Silva Santos
 Pesquisadora responsável
 (tel. 075 3161-8365)

 Assinatura do entrevistado

*“Mas é preciso ter manha
É preciso ter graça
É preciso ter sonho sempre
Quem traz na pele essa marca
Possui a estranha mania
De ter fé na vida”.*

Milton Nascimento