

SILVÂNIA SALES DE OLIVEIRA

**PRODUÇÃO DO CUIDADO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM
BUSCA DA RESOLUBILIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE**

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

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Angela Alves do Nascimento.

Linha de Pesquisa: Políticas, Organização de Sistemas, Serviços e Programas de Saúde.

FEIRA DE SANTANA (BA)

2009

Ficha catalográfica: Biblioteca Central Julieta Carteado

Oliveira, Silvânia Sales

O51p Produção do Cuidado das Equipes de Saúde da Família em Busca da Resolubilidade da Atenção à Saúde / Silvânia Sales de Oliveira. – Feira de Santana, 2009.
208 f. : il.

Orientadora: Maria Angela Alves do Nascimento

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, 2009.

1. Programa Saúde da Família – Alagoinhas – Ba. 2. Programa Saúde da Família – Resolubilidade. 3. Programa Saúde da Família – Organização. 4. Cuidado à saúde. I. Nascimento, Maria Angela Alves do. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Departamento de Saúde. IV. Título.

CDU: 614

SILVÂNIA SALES DE OLIVEIRA

**PRODUÇÃO DO CUIDADO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM
BUSCA DA RESOLUBILIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE**

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

Feira de Santana-BA, 17 de Março de 2009

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Túlio Batista Franco
Universidade Federal Fluminense- UFF

Profa. Dra. Cristina Setenta Andrade
Universidade Estadual de Santa Cruz- UESC

Profa. Dra. Maria Angela Alves do Nascimento (Orientadora)
Universidade Estadual de Feira de Santana- UEFS

A meu lindo e querido Alex, marido e amigo, companheiro em todas as horas e torcedor fiel do meu sucesso, **UM AMOR PARA VIDA INTEIRA.**

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **DEUS**, fonte de criação e pela presença constante em minha vida.

Existem seres, pessoas, sentimentos que em determinada situação colocamos em um lugar especial, nesse momento quero agradecer imensamente a minha querida orientadora professora Doutora **Maria Angela Alves do Nascimento** pela disponibilidade dispensada durante a construção deste trabalho e, sobretudo pela confiança nos momentos difíceis e acima de tudo pela profissional competente e ética que é. Ângela você foi um anjo que caiu do céu e guiou os meus passos nessa caminhada. Ângela não sei como lhe agradecer pela gratidão, paciência, conselhos e força essenciais para minha vida.

A minha querida mestra, Prof^a Dr^a **Marluce Maria Araújo Assis** a quem tenho o maior respeito e admiração e quem me ensinou os primeiros passos da pesquisa. Marluce você é um exemplo a ser seguido, sou sua fã de carteirinha.

Aos professores da disciplina Enfermagem em Saúde Coletiva, em especial **Carmen Liêta, Adroaldo, Amanda e Regina** pelo acolhimento durante o Estágio Docência.

A minha **mãe Eunice**, ou simplesmente mainha, sem o teu esforço e garra não seria possível chegar até aqui.

Irmãos, primos e sobrinhos, pessoas a quem devo parte dessa vitória.

Ao meu querido **Alex** pela paciência, carinho e compreensão nos momentos em que estive ausente produzindo este trabalho.

A minha querida irmã **Geovânia** que me acolheu mais uma vez na sua casa, na sua vida e me deu força para prosseguir rumo a essa conquista. Geo, você é mais que uma irmã, você é uma mãe, amiga e fonte de inspiração.

A **Jocélia** minha irmã do coração, fiel confidente, alma gêmea e companheira de todas as horas.

A minha irmã caçula **Dayane** com quem compartilhei momentos de alegria e de aprendizado no período de construção da sua monografia e onde me arrisquei a contribuir com o seu trabalho enquanto orientadora.

A minha sobrinha linda **Rebeca**, que torceu em todos os momentos e acompanhou todas as etapas de construção deste trabalho.

À eterna amiga **Kleize**, a quem eu tenho um carinho todo especial e muito respeito e admiração e que compartilhou momentos de alegria e desespero durante a produção desse trabalho.

Ao prof. Dr. **Túlio Batista Franco**, por sua contribuição na Banca de qualificação e por toda sua produção científica que nos permite sonhar em dias melhores para o Sistema Único de Saúde.

Aos **amigos do mestrado** pelo companheirismo durante esta caminhada e com quem compartilhei momentos inesquecíveis de aprendizado.

À **Secretaria Municipal de Saúde** de Alagoinhas que nos permitiu realizar esse estudo e pela confiança dispensada em todo decorrer do trabalho.

Aos **trabalhadores e usuários** do PSF pela simpatia e disponibilidade em participar dessa pesquisa.

Muito obrigada a todos vocês !!

RESUMO

Estudo sobre o Programa de Saúde da Família em Alagoinhas, a concepção de resolubilidade e o processo de trabalho das equipes com vistas à produção do cuidado em saúde. Traçamos como **objetivos**, analisar a concepção de Resolubilidade para trabalhadores e usuários do PSF de Alagoinhas- BA; discutir a organização do trabalho das ESF com vistas à Produção do Cuidado em Saúde; discutir a articulação do PSF com as redes assistenciais para garantia da resolubilidade das necessidades de saúde dos usuários (individual/coletivo) do PSF de Alagoinhas- BA assim como as estratégias utilizadas pela equipe para este fim. Trata-se de uma **pesquisa qualitativa**, numa abordagem histórico- estrutural que significa um equilíbrio crítico e auto-crítico entre condições objetivas e subjetivas, tendo como campo de investigação as Unidade de Saúde da Família de Alagoinhas-BA. As técnicas de produção dos dados foram a entrevista semi-estruturada, observação sistemática e análise de documentos. Os sujeitos participantes foram os usuários e trabalhadores do PSF. O método de análise dos dados foi uma aproximação à hermenêutica-dialética, a partir do qual se elaborou 3 categorias de análise: Categoria 1 – Resolubilidade *versus* produção do cuidado: do pensamento à práxis no cotidiano do PSF; Categoria 2 – A organização do trabalho no Programa de Saúde da Família em Alagoinhas: como construir outras práticas com vistas à produção do cuidado em saúde em prol da resolubilidade das ações e serviços do PSF?; Categoria 3 – Articulação do PSF com as redes assistenciais de saúde na garantia da resolubilidade das necessidades de saúde dos usuários/família: antigos dilemas e novos desafios. Os **resultados** alcançados nos permitiram inferir que o Programa Saúde da Família ainda encontra-se fragmentado e como uma “estreita porta” de entrada para os usuários do sistema, além de existir grande fragilidade no sistema de referência e contra-referência que limita as ações iniciadas no PSF e impossibilita uma Resolubilidade das ações de saúde no Programa. Os trabalhadores e usuários reconhecem que a Resolubilidade está relacionada com um conjunto de características como o acolhimento, trabalho em equipe, intersetorialidade, capacidade técnica, compromisso, responsabilização e vínculo, enquanto características necessárias e que devem permear a atenção realizada no PSF e relevantes para promover o cuidado, contudo apontam que a capacidade de resolver problemas não se resume ao Programa, mas está extremamente imbricada com os recursos disponíveis nas demais redes de assistência do município. Na produção dos dados, encontramos um Programa que direciona as suas ações principalmente nas Ações Programáticas e com poucas ações de Vigilância da Saúde das ESF no território. A esse despeito, observamos que existe uma atenção privilegiada para os grupos de risco, e baixa oferta de atendimento, sobretudo médico e odontológico para os demais usuários do serviço, caracterizando-se como um serviço programa-centrado. Percebemos também que as ESF organizam o trabalho das, a partir do processo e das tecnologias de trabalho em saúde privilegiando as leve-duras e duras, com poucos traços das leves, como território dos fazeres com enfoque em atos prescritos em favorecimento do modelo médico-centrado. Diante de tal realidade, e compreendendo que o PSF em Alagoinhas ainda encontra-se em processo de construção e, portanto está inacabado, onde se apresentam

alguns desafios que perpassam sobretudo a partir da reorganização do trabalho e dos serviços focados nas necessidades de saúde dos usuários a partir da construção de uma prática usuário centrada com favorecimento do uso das tecnologias mais relacionais para promover de fato a produção do cuidado em saúde.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família, Resolubilidade e produção do cuidado.

ABSTRACT

Study on the Program of Health of the Family in Alagoinhas, the conception of resolubilidade and the process of worked of the teams with sights the production of the care in health. We trace as objective, to analyze the conception of Resolubilidade pra diligent and using of the PSF of Alagoinhas-BA; to argue the organization of the work of the ESF with sights the Production of the Care in Health; to argue the joint of the PSF with the assistenciais nets for guarantee of the resolubilidade of the necessities of health of the users (individual collective) of the PSF of Alagoinhas- BA as well as the strategies used for the team for this end. One is about a qualitative research, in a structural historical boarding that means a critical and auto-critical balance between objective and subjective conditions, having as inquiry field the Unit of Health of the Family of Alagoinhas-BA. The techniques of production of the data had been the half-structuralized interview, systematic comment and document analysis. The citizens participant had been the diligent users and of the PSF. The method of analysis of the data was an approach the hermeneutics-dialectic, from which if it elaborated 3 categories of analysis: Category 1 - Resolubilidade versus production of the care: of the thought to the práxis in the daily one of the PSF; Category 2 - The organization of the work in the Program of Health of the Family in Alagoinhas: how to construct to practical others with sights to the production of the care in health in favor of the resolubilidade of the actions and services of the PSF? ; Category 3 - Joint of the PSF with the assistenciais nets of health in the guarantee of the resolubilidade of the necessities of health of the users/family: old quandaries and new challenges. The results reached had allowed in them to infer that the Program Health of the Family still meets fragmented and as a “narrow door” of entrance for the users of the system, beyond existing great fragility in the system of reference and against-reference that limits the actions initiated in the PSF and disables a Resolubilidade of the actions of health in the Program. The workers and users recognize that the Resolubilidade is related with a set of characteristics as the shelter, work in team, intersetorialidade, capacity technique, commitment, responsabilização and bond, while characteristic necessary and that must permear the attention carried through in the excellent PSF and to promote the care, however they point that the capacity to decide problems is not summarized to the Program, but extremely it is imbricado with the available resources in the too much nets of assistance of the city. In the production of the data, we find a Program that directs its main actions in the Programáticas Actions and with few actions of Monitoring of the Health of the ESF in the territory. To this spite, we observe that a privileged attention for the groups of risk exists, and low offers of attendance, over all doctor and odontológico for the excessively using ones of the service, characterizing itself as a program-centered service. We also perceive that the ESF organize the work of, from the process and of the technologies of work in health privileging the hard leavenings and, with few traces of the light ones, as territory making of them with approach in acts prescribed in aiding of the doctor-centered model. Ahead of such reality, and understanding that the PSF in Alagoinhas still meets in construction process and, therefore he is unfinished, where if they present some challenges that perpassa over all from the reorganization of the work and the services focado in the necessities of health of the users from the construction of one practical user

centered with aiding of the use of the technologies relationariest to promote in fact the production of the care in health.

Key-words: Program Health of the Family, Resolubilidade and production of the care.

LISTA DE SIGLAS

ACD- Assistente de Consultório Dentário
CAE- Centro de Atenção Especializada
CAPS- Centro de Atenção Psicossocial
CEO- Centro de Especialidades Odontológicas
CEP- Comitê de ética em Pesquisa
DANT- Doenças e Agravos não Transmissíveis
ESB- Equipe de Saúde Bucal
ESF- Equipe Saúde da Família
HGDB- Hospital Geral Dantas Bião
IDH- Índice de Desenvolvimento Humano
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LAPA- Laboratório de Planejamento e Administração
LOS- Lei Orgânica da Saúde
MS- Ministério da Saúde
NASF- Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OP- Orçamento Participativo
PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCCS- Plano de Carreira, Cargos e Salários
PSF- Programa Saúde da Família
PIB- Produto Interno Bruto
REDA- Regime de Direito Administrativo
SAMU- Serviço Médico de Urgência
SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS- Sistema Único de Saúde
TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEFS- Universidade Estadual de Feira de Santana
UBS- Unidade Básica de Saúde
UTI- Unidade de Terapia Intensiva

LISTAS DE QUADROS

QUADRO 1	Caracterização dos trabalhadores de Saúde do PSF entrevistados, Alagoinhas/BA, abr./ago., 2008.	48
QUADRO 2	Caracterização dos usuários do PSF entrevistados, Alagoinhas/BA, abr./ago., 2008.	49
QUADRO 3	Documentos Analisados.	52
QUADRO 4	Confronto dos depoimentos do Grupo I- Trabalhadores.	54
QUADRO 5	Confronto dos depoimentos do Grupo II- Usuários.	55
QUADRO 6	Confronto das categorias empíricas entre os grupos I e II.	55
QUADRO 7	Distribuição das Unidades de Saúde da Família, conforme localização e propriedade.	156
QUADRO 8	Distribuição da Rede Assistencial de Saúde por níveis de complexidade do município de Alagoinhas- BA, 2008.	168

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 Distribuição do número de equipes de saúde da família (ESF) implantadas no período de 1998 a 2004, Alagoinhas.	93
TABELA 2 População coberta por Equipes de Saúde da Família.	114

LISTA DE FLUXOGRAMAS

- FLUXOGRAMA 1** Processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família do município de Alagoinhas-BA (entrada do usuário na USF e o acesso as consultas). 130
- .
- FLUXOGRAMA 2** Articulação das Equipes de Saúde da Família com as redes assistenciais do município de Alagoinhas-BA. 182

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 Mapa de Localização do município de Alagoinhas.	43
FIGURA 2 Fluxograma- resumo, Franco (2006, p. 167).	57

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	REFERENCIALTEÓRICO	23
2.1	Processo de Trabalho em Saúde	23
2.2	A Produção do Cuidado	27
2.3	A resolubilidade no contexto da Atenção Básica	30
3	METODOLOGIA	41
3.1	Tipo de Estudo	41
3.2	Campo de Investigação	41
3.2.1	História, Economia, Geografia e Sócio Demografia	42
3.2.2	Situação da Rede de Serviços de Saúde	44
3.2.3	Situação de Saúde	46
3.3	Sujeitos do Estudo	46
3.4	Técnicas de Coleta de Dados	49
3.5	Método de Análise dos Dados	52
3.6	Aspectos éticos da Pesquisa	58
3.7	Riscos e Benefícios do Estudo	59
4	O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM ALAGOINHAS:	61
	da concepção de Resolubilidade ao processo de trabalhado das equipes com vistas a Produção do Cuidado em Saúde	
4.1	Resolubilidade <i>versus</i> produção do cuidado: do pensamento à práxis no cotidiano do PSF	62
4.2	Produção do cuidado em saúde no PSF: uma “outra” prática de organização do trabalho em saúde?	91
4.2.1	A organização do trabalho no PSF: (des) articulação da Vigilância da Saúde <i>versus</i> Ações Programáticas nas equipes de Saúde da Família de Alagoinhas	106
4.3	Articulação do PSF com as redes assistenciais de saúde na garantia da Resolubilidade das necessidades de saúde dos usuários/família: antigos dilemas e novos desafios	167
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	11
	REFERÊNCIAS	192
	APÊNDICES	

Apêndice A Roteiro de entrevista semi-estruturada para trabalhadores	204
Apêndice B Roteiro de entrevista semi-estruturada para trabalhadores	205
Apêndice C Roteiro de Observação sistemática na USF	206
Apêndice D Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	207

*“Se eu pudesse deixar algum presente a você,
deixaria aceso o sentimento de amar
a vida dos seres humanos.
A consciência de aprender tudo
o que foi ensinado pelo tempo a fora.
Lembraria os erros que foram cometidos
para que não mais se repetissem.
A capacidade de escolher novos rumos.
Deixaria para você, se pudesse,
o respeito àquilo que é indispensável:
Além do pão, o trabalho.
Além do trabalho, a ação.
E, quando tudo mais faltasse,
um segredo: o de buscar no interior de si mesmo
a resposta e a força para
encontrar a saída”*

(Mahatma Gandhi)

1 INTRODUÇÃO

“Ao pesquisarmos não podemos nos fazer imparciais, pois a pesquisa já fez parte da nossa vida, do que somos, acreditamos e defendemos; reflete o nosso modo de agir com os outros e com o mundo” (SILVA, 2008).

A opção por estudar este objeto- produção do cuidado¹ na resolubilidade das ações de saúde desenvolvidas pelas equipes de saúde da família (ESF)-, vem da nossa inquietação não apenas enquanto profissional e militante da área de Saúde Coletiva² desde a graduação enquanto discente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), mas precisamente como bolsista de Iniciação Científica do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva- UEFS, quando realizamos a pesquisa intitulada Recursos Humanos de Enfermagem das Unidades Básicas de Saúde de Feira de Santana- BA, além da experiência nos campos de prática e estágio da Saúde Coletiva, precisamente no Programa de Saúde da Família (PSF). Naqueles momentos, observávamos que o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESF) ainda continuava a privilegiar ações individuais, atendimento baseado na queixa-conduta e na entrega de “fichas” como garantia de acesso à população, havendo muitas vezes uma demanda reprimida, além da pouca resolubilidade às necessidades de saúde da população.

Diante dessa realidade, enquanto enfermeira do Programa de Saúde da Família no período de 2003 até março de 2007 nos municípios de Alagoinhas-BA e Aracaju- SE, vivenciamos realidades distintas que nos colocaram em situação privilegiada no sentido de compreender um modo de pensar e fazer saúde, em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS).

¹ **Produção do cuidado:** é a organização da gestão dos processos políticos, organizacionais e de trabalho e das práticas assistenciais que responda a uma concepção de saúde preparada para lidar com as necessidades dos usuários, compreender e produzir significados sobre suas naturezas e na relação com os sujeitos implicados no momento de produção e consumo da saúde buscando produzir autonomia nos sujeitos (CECIM, 2005).

² **Saúde Coletiva:** campo estruturado e estruturante de conhecimentos e práticas tanto teóricos como políticos, que se propõe a descrever e explicar e/ou interpretar a realidade de saúde que se deseja estudar, avaliar ou transformar (CAMPOS, 2006).

A partir da identificação de problemas como demanda reprimida, dificuldades do usuário³ em concluir assistência iniciada no PSF, falta de compromisso dos trabalhadores de saúde⁴, grande utilização de meios diagnósticos e terapêuticos pelos profissionais da saúde em detrimento de práticas cuidadoras e singulares, muitas vezes sem resolubilidade, ineficiência dos serviços em dar suporte à acessibilidade dos usuários às ações de maior complexidade dentre outros, levou-nos a reflexões e indagações sobre a forma da produção do cuidado em saúde.

Historicamente vemos que a partir da criação do Sistema Único de Saúde regulamentado pelas Leis 8.080 e 8.142 (BRASIL, 1990a; 1990b), sustentado pelos pilares da universalização, descentralização e integralidade da assistência, o sistema de saúde brasileiro deverá colocar em prática o ideário da Reforma Sanitária com políticas de saúde voltadas para o conjunto dos cidadãos, mediante a produção do cuidado pautada na assistência integral, equânime e resolutiva em busca da promoção da saúde concernente a uma outra prática sanitária compatível com os princípios do SUS.

Toda essa tentativa de somar esforços para efetivar os princípios e diretrizes do SUS busca romper com o modelo assistencial predominante no país, caracterizado por uma prática orientada para a cura de doenças, centrado no indivíduo e na atenção hospitalocêntrica, caracterizada como de baixa resolutividade, altamente onerosa do ponto de vista financeiro, além de sobrecarregar os serviços públicos de saúde e assim conseqüentemente, não contribui para a melhoria das condições de saúde individual e coletiva.

No entanto vemos que é preciso reverter esse modelo de atenção à saúde, a começar pela não dicotomia das ações de Saúde Coletiva através da Atenção Básica por entendermos que elas poderão ser responsáveis pelo processo inovador e criativo de produção e organização dos serviços de saúde, e assim passar a ser priorizada no fortalecimento e (re) estruturação do SUS,

³ **Usuário:** é o sujeito (individual/ coletivo) que expressa um mundo de necessidades de saúde sentidas ou não e tem interesse em obter algum tipo de apoio para melhorar o seu estado de saúde e manter o controle sobre a sua própria vida.

⁴ **Trabalhadores de saúde:** todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviço de saúde no interior dos estabelecimentos de saúde podendo deter ou não formação específica para desempenho de função no setor saúde (PAIM, 1994).

ao colocar a Atenção Básica como a “porta de entrada” do sistema de saúde, bem como um local privilegiado para produção de cuidados que realmente dêem resolubilidades às demandas de saúde dos cidadãos, usuários do Sistema Único de Saúde.

Segundo Barboza e Fracolli (2005), o Programa de Saúde da Família (PSF) foi proposto pelo Ministério da Saúde (MS) como uma forma de reorganização da produção de cuidados de saúde. O desenvolvimento desse Programa, enquanto estratégia, sugere uma nova prática assistencial de saúde sob outras bases e critérios, inclusive compreendendo o indivíduo na sua subjetividade, imerso numa rede de relações com a sociedade e na interação com o ambiente onde vive.

Assim, o PSF não pressupõe a criação de novas estruturas de serviços, a não ser nas áreas desprovidas dos mesmos (BRASIL, 2000), até porque, ele tem um caráter substitutivo e a sua implantação significa substituir as práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho, comprometido com a resolução dos problemas de saúde da população.

Para tanto, o PSF ao incorporar e reafirmar os princípios da integralidade e hierarquização como primeiro nível das ações e serviços do sistema local de assistência, deverá estar articulado com os demais serviços, no sentido de garantir atenção integral e resolutiva na sua área de atuação, mediante os mecanismos de referência e contra-referência para os níveis de maior complexidade.

No entanto, para dar respostas às ações do PSF a serem implementadas pela equipe de saúde da família (ESF), o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997) propõe que a equipe seja composta por um médico generalista, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e por quatro a seis agentes comunitários de saúde, que deverão se responsabilizar por uma área geográfica entre 600 e 1000 famílias.

A partir daí, suscitamos alguns **questionamentos**: Qual o entendimento dos trabalhadores de saúde e usuários do PSF de Alagoinhas sobre a Resolubilidade na produção do cuidado em saúde à família? Como se dá organização do trabalho no Programa de Saúde da Família em Alagoinhas na perspectiva da Produção do Cuidado em Saúde? Como vem acontecendo à

articulação do PSF com as redes assistenciais de saúde na garantia das necessidades de saúde⁵ e quais a (s) estratégias⁶ utilizadas pelas ESF visando dar resolubilidade a estas necessidades?

Muito embora, segundo Franco e Mehry (2006, p.105), o trabalho no PSF esteja direcionado para práticas multiprofissionais,

[...] nada garante nas estratégias do PSF que haverá ruptura com a dinâmica médico- centrada, do modelo hegemônico atual. Não há dispositivos potentes para isso, porque o Programa aposta em uma mudança centrada na estrutura, ou seja, o desenho no qual opera o serviço, mas não opera de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde, nos fazeres cotidiano de cada profissional, que em última instância é o que define o perfil da assistência [...]

Por conseguinte, compreendemos que apesar do PSF ser constituído por uma equipe multiprofissional mínima, nada garante concretamente que tenha rompido com o modelo biologizante, nem mesmo que o trabalho de outros profissionais deixem de ser estruturados pelos atos e saberes médico- centrado e que se tenha uma resolubilidade tanto das ações quanto dos serviços de saúde, uma vez que a prática pode continuar “procedimento médico- centrada”.

Para tanto, concordamos com Franco, Bueno e Merhy (2006, p. 38) que no processo de trabalho em saúde deve existir o encontro entre trabalhador e usuário e que esse deve operar no trabalho vivo em ato, a partir de processos tecnológicos que visem à produção de relações de escuta e responsabilizações que se articulam com a constituição de vínculos e dos compromissos em projetos de intervenções, que objetivam atuar sobre as necessidades em busca da produção de “algo” que possa representar a

⁵ **Necessidades de saúde:** São aquelas construídas socialmente pelos indivíduos e coletivos, são as necessidades singulares que perpassa muitas a queixa principal do usuário. Muitas vezes podem ser manifestadas de forma objetiva como um problema de saúde que necessitam de uma intervenção imediata ou não, são os desejos, as aflições, as sensações, os sofrimentos que chegam aos serviços de saúde (CECCIM, 2005).

⁶ **Estratégias:** Forma de implementação de uma política/ ação. Está associado ao planejamento do ponto de vista de superar as circunstâncias complexas durante situações conflitantes como uma nova forma de operar e resolver os problemas (TESTA, 1995).

“conquista” de controle do sofrimento (enquanto doença) e/ou a produção de saúde.

Para dar conta do nosso objeto de estudo, traçamos alguns **objetivos** delimitados a seguir.

- Analisar o entendimento dos trabalhadores e usuários do PSF de Alagoinhas- BA sobre a resolubilidade na produção do trabalho em saúde à família.

- Discutir a organização do trabalho das ESF na Produção do Cuidado em Saúde com vista à resolubilidade das ações e serviços de saúde na atenção à família.

- Descrever a articulação do PSF com as redes assistenciais para garantia da resolubilidade das necessidades de saúde dos usuários (individual/ coletivo) do PSF de Alagoinhas- BA assim como as estratégias utilizadas para este fim.

Por conseguinte, no sentido de servir de caminho e de baliza no confronto da teoria-prática, elaboramos o seguinte **pressuposto**:

A produção do cuidado das ESF que atuam no PSF de Alagoinhas não dá conta de resolver os problemas de saúde individual/ coletivo, caracterizando-se como de baixa resolubilidade nos diversos níveis do sistema, existindo contradições e conflitos entre as ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, dificultando o acesso aos serviços e ações de saúde (primárias e de maiores complexidades). Desse modo a resolubilidade a partir da produção do cuidado da ESF permeia o imaginário dos trabalhadores de saúde/ usuários, sobretudo por uma clínica centrada no ato prescritivo de procedimentos (exames, medicamentos, consultas) fragmentadas em ação substitutiva da prática que valoriza a clínica de múltiplos profissionais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A análise do cotidiano, daquilo que se apresenta ao sujeito, depende de conceitos, de métodos e de teorias previamente construídas, senão seria uma abertura ingênua ao mundo (CAMPOS, 2007).

2.1 Processo de Trabalho em Saúde

A conformação do processo de trabalho em saúde vem se desenvolvendo historicamente a partir da organização dos serviços de saúde, bem como dentro de uma arena de disputas no plano político, ideológico e econômico no campo da saúde, sobretudo a partir do modo de produção capitalista.

Quando falamos de processo de trabalho estamos nos referindo à assistência, ao cuidado e as ações de saúde do qual esses produtos são resultantes. Na concepção de Coelho (2002, p.121) em conformidade com a teoria sistêmica, o processo de trabalho pode ser definido “[...] como o momento no qual se articulam todos os elementos da ação para sua produção: o agente, os meios e o objeto, dentro de um espaço apropriado e anteriormente definido.”

Todavia, para estudarmos o processo de trabalho em saúde, é preciso que resgatemos a categoria trabalho. Para tanto, trazemos pesquisadores como Peduzzi (2001) que ressalta a importância da aplicação da produção marxista para a compreensão da categoria “trabalho” (grifo da autora) e a sua aplicação no campo da saúde e dos elementos constituintes do processo de trabalho (objeto, instrumento e agentes).

Assim como os de Mendes-Gonçalves (1994) fundamentados na perspectiva marxista que indicam que o processo de trabalho em saúde é estruturado a partir dos seus agentes que possuem saberes e práticas estruturadas e o controle sobre o objeto de sua ação, a partir da utilização das tecnologias (instrumentos) no sentido de alcançar uma finalidade/ produto.

É válido ressaltarmos que processo de trabalho é uma prática social e como tal responde as determinações econômicas, políticas e ideológicas da própria estrutura social em que se realizam, buscando responder as

necessidades sociais e históricas construídas (DONNAGELO; PEREIRA, 1976).

Nesta perspectiva para que tenhamos uma melhor compreensão do trabalho em saúde é necessário entendermos como ele vai se conformando na área da saúde a partir da reprodução do trabalho na sociedade como um todo, visto numa perspectiva histórica e social.

Embasadas nos estudos de Mendes-Gonçalves (1994) destacamos que no campo da saúde existe a hegemonia⁷ do trabalho médico, historicamente construída em relação as outras profissões da saúde⁸ de forma que o trabalho em saúde vai sendo construído e se organizando a partir da prática médica e na divisão parcelar do trabalho, cabendo à Medicina, a responsabilidade de curar e às demais profissões, as atividades do cuidado vinculadas ao saber médico.

Deste modo, o trabalho em saúde vai se constituindo a partir de relações de poder⁹ reveladas pelo saber médico enquanto corpo de conhecimento estruturado e da sua representação social diante da sociedade e, em conseqüência, reproduz o processo de divisão técnica e social do trabalho a partir da fragmentação do seu objeto de trabalho, cabendo as ações/ atividades/ práticas de diagnóstico e prescrição, reservadas à Medicina, e as demais para os outros profissionais.

Na gênese da Medicina, o trabalho médico se define a partir de uma prática que tem como objeto de ação o corpo humano, constituído por constantes morfológicas e funcionais, definido a partir das Ciências Naturais, levando a assimilar a idéia de objeto-coisa. Contudo, a prática médica não é focada para conhecer tal objeto como um todo, mas articula-se na divisão

⁷ **Hegemonia:** Situação de ter mais influência ou poder sobre os outros; predominância, predomínio, superioridade (MATTOS, 2005, p. 318). A hegemonia aqui referenciada, trata-se da hegemonia burguesa (definida pelo teórico marxista Gramsci), nas condições atuais do Estado capitalista ela existe quando todos os interesses representados, ainda que divergentes e conflitantes, não se elevam acima do nível corporativo, ou seja da efetivação de interesses limitados e específicos de cada categoria ou grupo social, assimiláveis pela ordem capitalista vigente (GALLO; NASCIMENTO, 1989).

⁸ **Profissões da saúde:** Nos referimos aqui as profissões da área da saúde: Enfermagem, Odontologia, Fisioterapia, Psicologia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Educação Física, Serviço Social entre outras.

⁹ **Poder:** É constituído de relações de forças. O poder tem uma relação estreita com a dominação, com o controle dos grupos sociais e, conseqüentemente, com a regulamentação das relações, contatos e negociações que se dão entre eles (FOUCAULT, 2003).

social do trabalho e reforma-se como atividade produtora de procedimentos (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Quanto à divisão técnica do trabalho, Peduzzi (2001, p.104) destaca a necessidade de se observar dois aspectos relevantes. Se por uma lado esta divisão introduz o fracionamento de um mesmo processo de trabalho de onde se origina todos os trabalhos parcelares; por outro lado, introduz os aspectos de complementaridade e de interdependência entre os trabalhos especializados atinentes a uma mesma área de produção. Destaca ainda que é preciso considerar que as dimensões técnica e social da divisão do trabalho reproduz em seu interior as “[...] relações políticas e ideológicas referentes às desiguais inserções sociais do sujeitos”.

Nesta perspectiva, a autora destaca que

como elemento do processo de trabalho, o agente é apreendido no interior das relações entre objeto e intervenção, instrumentos e atividades, bem como no interior do processo de divisão do trabalho. Por meio da execução de atividades próprias de sua área profissional, cada agente opera a transformação de um objeto em produto que cumpre a finalidade colocada, desde o início, como intencionalidade daquele trabalho específico (PEDUZZI, 2001, p. 104).

O médico ao tomar o corpo anátomo- fisiológico como seu objeto de trabalho, o reduz a uma concepção biológica, fragmentado-o em partes e acaba por orientar a sua prática para a cura de doenças e dos seus efeitos específicos.

Assim ao considerar o indivíduo na perspectiva biologizante, o trabalho em saúde acaba de tal modo reduzindo-se a um conjunto de processos produtivos e atos fragmentados sobre o usuário/ paciente (objeto de sua ação), que é dividido por unidades de produção de procedimentos e repartido entre os diversos profissionais, mas o médico é a figura central.

Diante de tal realidade, vemos que a forma ideológica dominante de representação da prática médica, que apreende seu objeto de trabalho ao conceber o que é saúde e o que é doença, é revestida de poder, de tal maneira que o seu objeto de trabalho (a cura) passa a ser compreendido como “verdadeiro e único”, o que leva à desqualificação do objeto de trabalho das outras profissões (o cuidado) e assim vai se legitimando como hegemônico no campo da saúde.

Neste processo, segundo Mendes-Gonçalves (1994), o agente de práticas em saúde, quer seja médico, quer seja outro profissional de nível superior, ele é portador de um saber estruturado que lhe dá poderes sobre o corpo e sobre a doença e a arte de curar o doente.

Entretanto, ao discutir o trabalho em saúde Merhy (2002, p.104) entende que

[...] os processos de trabalho são ordenados por uma redução dos núcleos de competência, cada vez mais, as capacidades de produção de modos bem estruturados de atos de saúde, como procedimentos, que não deixa mais nítido quem comanda quem: se o trabalhador ao seu saber, ou se o saber pontual ao trabalhador.

Para o autor o trabalho em saúde é coletivo e, portanto, o processo de trabalho dos sujeitos¹⁰ implicados não pode ser desarticulado. Dessa maneira, cabe ao conjunto de trabalhadores da saúde, a produção do cuidado a partir do seu núcleo de competência profissional.

Merhy (2002) destaca ainda que são nos espaços produtivos, no cotidiano do trabalho ou seja, no dia-a-dia dos serviços de saúde onde ocorrem os encontros entre os sujeitos é no estabelecimento das relações que o trabalho se materializa, caracterizando-se no trabalho vivo em ato.

O trabalho vivo em ato é considerado pelo autor como um momento marcado pela total possibilidade de o trabalhador agir no ato produtivo (encontro com o usuário) com liberdade máxima, onde se articulam a produção de processos intercessores, as das relações, que se configuram, por exemplo, por meio das práticas de acolhimento, vínculo, autonomização, entre outros.

Outrossim ressaltamos que o trabalho vivo em ato está aberto às disputas entre as diferentes forças/ sujeitos e esta forma de produzir as ações de saúde na busca pela captura do usuário apresenta maior chance de conquistas para impor “finalidades” (grifo do autor) ao trabalho em saúde.

¹⁰ **Sujeitos:** nos referimos ao sujeito como um ser biológico, com uma subjetividade complexa e mergulhado em um conjunto de relações sociais que alteram seus desejos, interesses e necessidades. Um ser com um grau relativo e variável de autonomia para realizar desejos, interesses e necessidades, mediante processos de negociação e luta com o passado e o presente. Um ser imerso na história e na sociedade, mas nem por isso despossuído de uma subjetividade singular e de capacidade para reagir ao seu contexto (CAMPOS, 2007, p. 67-68).

É preciso portanto, que seja repensado o processo de trabalho em saúde na tentativa de se buscar uma nova compreensão desse objeto de trabalho, além de incorporar novos saberes e práticas que possibilitem construir uma “outra” forma de enfrentamento à diversidade do saber/ fazer no campo das práticas individual e coletiva em saúde a partir da **produção do cuidado**.

2.2 A Produção do Cuidado

Um dos grandes desafios dos serviços de saúde é a sua capacidade de produzir intervenções que dêem respostas às necessidades das pessoas e que promovam a produção do cuidado integral em saúde.

No âmbito das relações de trabalho no campo da saúde, observamos cotidianamente uma atenção direcionada ao indivíduo doente, centrada nas suas queixas (sinais e sintomas) apresentados, restringindo a relação trabalhador de saúde- usuário a realização de procedimentos no sentido de tentar “resolver” as necessidades desse usuário ou seja, numa atenção voltada para queixa conduta.

Ainda que as tais relações sejam relevantes do ponto de vista individual para minimizar o sofrimento do usuário, na grande maioria das vezes essa prática procedimento-centrada é insuficiente para promover uma mudança efetiva que venha produzir impactos positivos no sistema de saúde.

A organização do Sistema Único de Saúde carece ainda de um Modelo de Atenção à Saúde¹¹ que seja pautado nas necessidades da população e na produção do cuidado capaz de romper com as práticas cristalizadas no setor saúde.

Desta maneira, pensar em produção do cuidado em saúde é necessariamente pensar nas práticas de saúde, de que forma elas estão estruturadas, para qual(is) finalidade(s) se prestam, qual a dimensão do alcance das suas ações, para quem estão voltadas, qual a concepção saúde-

¹¹ **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, no processo de construir saúde (MERHY, 2006, p.16)

doença dos agentes do processo de trabalho ao lidar com o objeto de sua ação.

As práticas no campo da saúde vêm sendo historicamente estruturadas com base no modelo hegemônico de prestação de serviços, que vem sendo gestado desde o século XVIII e XIX a partir do advento da descoberta microbiana por Pasteur e seus desdobramentos, tendo como marco o Relatório Flexner¹² e a estruturação da Medicina científica com o seu conjunto de elementos estruturais que redirecionaram a prática médica e assim por dizer todo campo da saúde de maneira mais abrangente no mundo ocidental (SILVA JUNIOR, 2006).

De uma forma geral, o modelo hegemônico da saúde ainda é direcionado à ação centrada no indivíduo e em torno do ato médico e na doença e tem como algumas outras características¹³ o mecanicismo, biologismo, individualismo, especialização e ênfase na medicina curativa.

Neste contexto é importante ressaltarmos que a sociedade moderna imprimiu uma racionalidade à Medicina através de superespecialização, em que o médico se atém às partes do organismo do homem, não sendo considerado os diversos determinantes que poderão interferir em sua vida, ao se distanciar do ser humano (MACHADO; PINHEIRO; GUIZARD, 2006).

Por conseguinte, temos assim um processo de delineamento de um tipo de prática na saúde que reforça a fragmentação e se constitui um modelo de atenção à saúde fundamentado nas intervenções individuais, tendo a Clínica¹⁴ como o processo central da relação trabalhador de saúde- usuário,

¹² **Relatório Flexner:** Proposto por Abraham Flexner da Universidade Johns Hopkins em 1910, propunha em síntese uma educação científica do profissional médico numa perspectiva biológica, orientado pela pesquisa experimental, expansão do ensino clínico centrado no hospital, estímulo à especialização médica (SILVA JÚNIOR, 2006).

¹³ **Características do modelo hegemônico:** Mecanicismo: o corpo humano é visto como uma máquina, elemento essencial do modo de produção dominante; Biologismo- Pressupõe o reconhecimento exclusivo e crescente da natureza biológica das doenças e de suas causas e conseqüências, sendo os determinantes econômicos e sociais excluídos da causação; Individualismo- A medicina científica elegeu seu objeto, alienando-o de sua vida e dos aspectos sociais; Especialização- o mecanicismo induziu o aprofundamento do conhecimento científico na direção das partes específicas; Ênfase na medicina curativa- o processo fisiopatológico como base para o conhecimento para o diagnóstico e terapêutica e a prática médica eminentemente curativa elegendando as doenças e o critério de cura como base de sua ação (SILVA JÚNIOR, 2006).

¹⁴ **Clínica:** Neste momento nos referimos à Clínica numa perspectiva instrumental, isto é, num conjunto de conhecimentos, meio de comunicação, artefatos e intervenções voltadas para o diagnóstico e

destinada a responder as demandas individuais dos usuários que procuram os serviços de saúde.

Teixeira (2003) ao discutir este tema afirma que para que se concretize uma transformação do modelo de atenção é imprescindível a conjunção de propostas e estratégias sinérgicas nas dimensões político-gerencial, na introdução de mecanismos de controle e avaliação no processo de prestação de serviços e sobretudo mudanças nas práticas de saúde propriamente ditas.

Contudo, apesar de tudo isso ser necessário, observamos que não é suficiente para que haja uma transformação do modelo de saúde porque, segundo Teixeira (2003, p. 262),

[...] esta exige a implementação de mudanças no processo de trabalho em saúde, tanto no que se refere a seus propósitos ou finalidades, quanto, nos seus elementos estruturais, isto é, no objeto de trabalho, no perfil dos sujeitos e principalmente, nas relações estabelecidas entre eles e a população usuária dos serviços.

Merhy (2006) amplia esta discussão partindo da noção que pensar em modelos de atenção à saúde é antes de tudo perceber que eles expressam relações de contrato, de acordos nem sempre conhecidos, falados entre os atores centrais (usuários, trabalhadores e gestores) no conjunto das ações de saúde, sendo fundamental compreender esta situação e antes de tudo os processos políticos que aí se expressam e podem adquirir muitas possibilidades, inclusive de os projetos em jogo perderem a sua potência na cena em foco

Todavia,

[...] para um modelo que quer pautar-se pelo lugar central que os usuários podem ocupar, e pela maneira como isto força a expressão de um contrato que se ordenará pela defesa da vida individual e coletiva, deve-se procurar entender, abstratamente, os potenciais que cada ator coloca em cena (MERHY, 2006, p.19).

Portanto, para uma construção do objeto da saúde pautado na produção do cuidado há de se trabalhar com o modelo usuário-centrado, considerando as necessidades de saúde tanto individuais quanto coletivas.

O cuidado que nos reportamos aqui, diz respeito ao entendimento trazido por Ceccim (2005, p. 1), ao concebê-lo enquanto

[...] 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.

Por conseguinte entendemos que a produção do cuidado deverá ocorrer, através de um processo de desenvolvimento de ações e serviços das equipes de saúde, que não apenas produzam consultas, atendimentos e procedimentos, mas, sobretudo que se constitua numa prática cuidadora, com criação de laços de compromissos, balizados por um **agir interdisciplinar** e de **responsabilização** e **postura acolhedora** dos trabalhadores de saúde na interação com os usuários do serviço e a capacidade de gerar **vínculo**.e **autonomia**, através de respostas possíveis as **necessidades de saúde** destes, levando-se assim à resolubilidade.

Portanto, os serviços de saúde e os trabalhadores deverão está preparados para lidar com as necessidades, compreender e produzir significados sobre suas naturezas e na relação com os sujeitos implicados como o momento de produção e consumo de saúde, buscando além da autonomia dos sujeitos também a **resolubilidade** demandas de saúde.

2.3 A Resolubilidade no contexto da Atenção Básica

A crítica ao modelo hegemônico da saúde tem as suas bases nas raízes históricas da organização dos serviços de saúde no Brasil que durante muito tempo privilegiou a atenção hospitalocêntrica, curativa e voltada para a assistência médico centrada em detrimento das ações de promoção à saúde.

No contexto das discussões no campo da saúde tem se criticado a necessidade de mudar o modelo de atenção vigente, a partir de uma nova maneira de atuar na saúde, tendo como eixo central a reformulação dos

sistemas de saúde. Desta maneira, busca-se ampliar as fronteiras de atuação e a melhor a qualidade da atenção prestada com a finalidade de dar uma resolubilidade aos serviços e as ações de saúde.

A crítica ao modelo assistencial vigente ocorre, sobretudo por que o mesmo

[...] desenvolveu-se ao longo no século XX, motivado por uma prática centrada no biológico e impulsionado pelo complexo médico industrial, que mantêm a acumulação de capital no setor saúde, através do altíssimo consumo de máquinas, instrumentos e medicamentos, usados como os principais recursos de diagnose e terapia (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2006, p.127).

Desse modo prevalecia uma atenção à saúde geradora de alto padrão de consumo de exames e consultas especializadas, tornando os serviços pouco resolutivos, pois a assistência nesses moldes era incapaz de atuar sobre as diversas dimensões do sujeito usuário.

Assim, no final da década de 1980 a proposta do SUS surge enquanto na tentativa de construção de um sistema sob novas bases e critérios, para dar respostas mais efetivas para a população. Por conseguinte o Sistema Único de Saúde pode ser considerado um dos mecanismos de garantia à mudança do modelo, tendo em vista os seus princípios norteadores.

Todavia essa tentativa de mudança no cenário sanitário brasileiro estava embasada na crise que vinha se desenvolvendo e da necessidade de superá-la, visto que o modelo tradicional de se prestar assistência à saúde encontrava-se esgotado, apresentando “[...] limites de eficácia (baixo impacto) e de eficiência (custos elevados)” (CAMPOS, 2005, p.106).

A necessidade de mudança traz implícita a noção de que o sistema de saúde não dava conta de resolver os problemas vigentes, caracterizando-se como de baixa resolubilidade nos diversos níveis do sistema, existindo inúmeras divergências e conflitos que caracterizavam-se pela dicotomia entre atenção preventiva *versus* curativa; ações primárias *versus* maior complexidade; saúde pública *versus* atenção médica individual entre outras.

Ao discutir os conceitos estruturantes para um novo modelo de atenção no SUS, Campos (2005, p.109) enfatiza que “não há um único modelo

ideal para todo o SUS, tampouco existiria ‘o’ modelo, superior em todos os aspectos a outras formas de organizar a atenção”.

Contudo, segundo Campos (2007) a proposição de novos modelos de saúde merece estar balizada em algumas características destacadas a seguir:

- a) um modelo que seja capaz de produzir saúde com maior eficiência (refere-se à capacidade dos modelos de promover, prevenir, curar, reabilitar e aliviar o sofrimento);
- b) aumentar a capacidade dos gestores e das equipes para estabelecer compromissos e contratos com os serviços e usuários;
- c) buscar uma maior eficiência com o reordenamento dos modos de reorganizar a rede com expansão da atenção básica e sua qualificação (maior capacidade de resolver problemas de saúde individuais e coletivos) com a produção do menor dano possível;
- d) finalmente, aumentar os coeficientes de autonomia e de autocuidado dos indivíduos e das comunidades.

Todavia, para possibilitar as transformações vislumbradas, deverão ser desenvolvidas políticas e modos de gestão que viabilizam a reforma e organização da rede de serviços embasadas no critério da hierarquização¹⁵ do sistema de saúde.

Diante deste pressuposto Cecílio (1997) ressalta que o modelo proposto com a constituição do Sistema Único de Saúde é o “piramidal” (destaque nosso), o qual apresenta, na ampla base da pirâmide, um conjunto de unidades de saúde, responsáveis pela atenção primária a grupos populacionais bem definidos, oferecendo atenção integral às pessoas, dentro das atribuições estabelecidas para este nível de atenção, na perspectiva da construção de uma verdadeira “porta de entrada” para os

¹⁵ **Hierarquização:** A noção de hierarquização pressupõe o estabelecimento de certos níveis de atenção. Para delimitar esses níveis de atenção, é necessário dispor os diferentes recursos tecnológicos existentes para a promoção, a proteção ou a recuperação da saúde (ou as tecnologias voltadas para a prevenção) nos diversos tipos de serviços de saúde (MATTOS, 2004).

níveis superiores de maior complexidade tecnológica do sistema de saúde, caracterizando-se como a rede básica de serviços.

Merhy (1997b) enfatiza a rede básica como “porta de entrada” do conjunto de serviços de saúde, na qual atos simples e de baixa incorporação tecnológica corresponderiam a graus elevados de resolubilidade da maioria dos “simples” problemas de saúde, que com retaguardas de maior complexidade, complementariam a resolução dos problemas mais complexos.

Na parte intermediária da pirâmide estariam localizados os serviços ditos de atenção secundária, composto pelos serviços ambulatoriais e suas especialidades clínicas e cirúrgicas, além do conjunto de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, os atendimentos de urgência e emergência e os hospitais gerais. O topo da pirâmide, finalmente, estaria ocupado pelos serviços hospitalares de maior complexidade.

A concepção piramidal de organização dos serviços poderá fundamentalmente representar

[...] a possibilidade de uma racionalização do atendimento, de forma que haveria um fluxo ordenado de pacientes tanto de baixo para cima como de cima para baixo, realizado através dos mecanismos de referência e contra-referência, de forma que as necessidades de assistência das pessoas fossem trabalhadas nos espaços tecnológicos adequados (CECÍLIO, p.47, 1997).

Segundo Cecílio (1997), o modelo da pirâmide apresenta vantagens como a idéia de expansão da cobertura e democratização do acesso; a criação de uma “porta de entrada” composta por uma ampla rede de serviços de atenção básica; a hierarquização como forma de racionalização no uso dos recursos, garantindo o acesso para o usuário que entrou pela “porta de entrada” a todas as tecnologias que o sistema dispuser, além de a pirâmide representar orientador seguro para priorização de investimentos, pois facilita a percepção de onde se localizam as reais necessidades dos usuários.

Contudo o autor enumera uma série de razões por que este não constitui o modelo mais adequado. Segundo ele, esta imagem ideal representada pela pirâmide ainda não pôde ser verificada na prática, por uma série de razões, dentre elas destaca que a rede básica de serviços ainda não

se constituiu como “porta de entrada”, estando esse papel ainda centrado nos hospitais.

Para Cecílio, o problema não é que os usuários estejam “entrando pela porta errada”, visto que as pessoas, diante de suas necessidades, contrariam qualquer racionalidade estabelecida pelo modelo de saúde, e acessa o sistema pela porta que lhes parece mais possível.

Cecílio (1997) propõe o que ele chama de “arredondamento” da pirâmide, criando uma forma alternativa de se operacionalizar o sistema de saúde, o qual passa a ser pensado sob a forma de um círculo. Assim, para romper com a racionalidade do modelo da pirâmide, o autor começa relativizando a idéia de hierarquização dos serviços, trocando os fluxos verticais embutidos nessa idéia de movimento, embutida na concepção do círculo. Neste sentido, o sistema de saúde deve trabalhar com múltiplas entradas, qualificar todas essas “portas de entrada”, de modo que se tornem espaços privilegiados de acolhimento e reconhecimento dos grupos populacionais mais vulneráveis, organizando-as de modo que, por meio delas, possa-se garantir o acesso de cada pessoa ao serviço ou tipo de atendimento mais adequados para cada caso.

Outrossim, é preciso uma reorientação da prestação do cuidado em saúde, de forma que o sistema seja delineado, com base nas complexidades dos serviços, com uma valorização do primeiro nível do sistema, ou seja, na Atenção Básica¹⁶. Desse modo deverá ocorrer uma intensificação dos serviços básicos ofertados, a fim de conferir maior resolubilidade ao setor saúde para atender as necessidades de saúde da população.

Entretanto, para conseguir a resolubilidade das ações de saúde são necessárias estratégias que possibilitem aos trabalhadores de saúde recolher, integrar, aprofundar e reinventar os saberes e práticas no campo da saúde, adaptado ao contexto, com uma valorização da Atenção Básica como um

¹⁶ **Atenção Básica:** A Atenção Básica traz as características típicas com a definição de Atenção Primária em Saúde (APS) demonstrados pelos estudos de Starfield (2004), como aquele nível de um sistema de serviço de saúde que funciona como porta de entrada no sistema, com atendimento a todas faixas etárias ou problemas, acessível e integrada a partir de ações curativas, reabilitadoras, promotoras e preventivas, além de utilizar o trabalho em equipe e orientada para família e comunidade dentre outras características (CUNHA,2005).

campo privilegiado para resolver os problemas individuais e coletivos, a partir da ampliação de ações de promoção e de prevenção e garantia de articulação com os serviços de maior complexidade.

A constituição e consolidação da Atenção Básica só poderá acontecer mais acentuadamente com o processo de reorganização e integração dos serviços e ações de saúde, e, conseqüentemente, dará oportunidade ao município planejar o seu sistema de saúde, bem como as condições para gerenciar os instrumentos técnicos e administrativos de gestão.

A Atenção Básica é composta por um conjunto de serviços de saúde, onde estão agregadas as Unidades Básicas de Saúde, as unidades de atendimento ambulatorial, além do Programa de Saúde da Família que faz interface com os outros serviços e equipamentos de saúde.

Caberia dessa maneira à Atenção Básica permitir o acesso aos demais níveis de complexidade, dando continuidade da assistência, criando assim uma hierarquia para os demais níveis de assistência com ampliação da resolubilidade das ações de saúde.

Neste sentido, vemos que o Programa Saúde da Família neste contexto é parte do conjunto de ações propostas pelo Ministério da Saúde para reorientar o modelo assistencial com ações de expansão e qualificação da Atenção Básica (BRASIL, 2007c).

Porém, na proposta do MS o PSF deve estruturar suas ações a partir das Unidades de Saúde da Família (USF), cabendo a reorganização da prática assistencial, caracterizada pela prestação de atendimento integral, contínuo, com qualidade e resolubilidade aos indivíduos e famílias assistidas.

Com a operacionalização do PSF, é necessário aumentar a capacidade resolutiva da Atenção Básica, pois o Programa teria não só função de influenciar e produzir impactos no sistema de saúde como um todo, mas também, o desafio de construir uma outra prática, de um agir multidisciplinar no acompanhamento do núcleo familiar, com ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, além de produzir resultados positivos nos indicadores de saúde de vida da população assistida.

O MS ao conceber o Programa de Saúde da Família como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde e com a capacidade

de provocar um importante movimento de reordenamento da atenção à saúde no SUS deverá dar maior racionalidade na utilização dos recursos, visando uma maior resolubilidade da atenção à saúde, integrando-se no contexto de reorganização do sistema de saúde.

Segundo Ribeiro, Pires e Blank (2004), alguns estudos realizados com base na realidade cotidiana das equipes do PSF têm mostrado essa prática como possuidora de um potencial positivo de mudança, que se expressam na prática com a melhoria da vigilância em saúde da população acompanhada, melhor utilização dos serviços de maior complexidade, melhor qualidade e cuidado prestado, elevação da resolubilidade das redes assistenciais básicas em torno de 90%. Contudo, outros estudos mostram que ainda existem grandes limitações.

Com referência às ações do PSF que envolvem o processo de trabalho das equipes, com práticas – na grande parte dos PSF – ainda um modelo centrado no médico e no atendimento curativo, com a manutenção das características da compartimentalização do trabalho e execução de tarefas prescritas pelo MS, sem um planejamento coletivo aderente a necessidades de saúde da população.

No PSF, a baixa resolubilidade, em parte, pode ser atribuída a um caráter prescritivo e bastante exacerbado do Programa, uma vez que,

são definidos *a priori* os locais de atendimento: unidade básica para pacientes vulneráveis, visitas domiciliares para outros atendimentos e grupos da comunidade. Da mesma forma existe uma lista de atividades que devem ser realizadas pela equipe. Pode-se dizer, portanto, que no PSF existe uma confusão entre o que é ferramenta para diagnóstico e intervenção, e o que é resultado em saúde. Os resultados desejados são anunciados (85% dos problemas de saúde resolvidos, vínculo dos profissionais com a comunidade, etc...) e infere-se que seguindo a prescrição altamente detalhada obter-se-á o resultado anunciado (FRANCO; MERHY, 2006, p. 118).

Contudo, compreendemos que a resolubilidade não pode ser resumida a simples execução de tarefas prescritas, nem tampouco pela equivalência que se dá à realização de consultas/ procedimentos e às soluções dos problemas de saúde.

Outros aspectos que limitam o PSF dizem respeito à precarização do trabalho e principalmente à ausência de redes regionalizadas e hierarquizadas para garantir o acesso universal a todos os níveis de atenção, o que tem limitado o atendimento pelo PSF a uma simples “porta de entrada sem saída”, com sérias limitações na resolubilidade dos problemas de saúde da população.

Franco e Magalhães Júnior (2006) defendem que a resolubilidade da assistência prestada na Atenção Básica, poderá contribuir para uma melhor gestão dos recursos públicos no SUS na medida em que todos os recursos assistenciais disponíveis neste nível de atenção forem utilizados de fato.

Sem a tentativa de diminuir os avanços trazidos pela expansão da Atenção Básica no país a partir, principalmente, pelo Programa de Saúde da Família, observamos de uma forma geral, que a produção do cuidado, especialmente no PSF, não tem conseguido utilizar o máximo de sua capacidade para resolver efetivamente os problemas de saúde dos usuários.

Concordamos com Franco e Magalhães Júnior (2006) que talvez a baixa resolubilidade seja reforçada, sobretudo, pelo exercício hegemônico de uma clínica centrada no ato prescritivo e na produção de procedimentos, em ação substitutiva da prática que valoriza a clínica como exercício ampliado de múltiplos profissionais, em relação entre si e como o usuário.

De acordo com esses autores, criou-se nos serviços de saúde, entre trabalhadores e usuários, um imaginário que faz uma ilusória associação entre qualidade na assistência e insumos, exames, medicamentos e consultas especializadas.

A complexidade dos problemas a serem enfrentados pelo PSF mostra a necessidade de revisão desse Programa enquanto estratégia reorientadora do SUS, pois, atualmente, tem-se descuidado com a saúde dos sujeitos-usuários, o que possibilita um excesso de encaminhamentos para especialistas e alto consumo de exames, tornando os serviços muitas vezes pouco resolutivos e não geradores de responsabilização com o usuário e com o sistema de saúde.

Sendo assim, muitas discussões sobre a resolubilidade vêm sendo trazida no interior das políticas públicas, como necessária para a melhoria da

qualidade dos serviços e indispensável para concretização da integralidade em saúde.

Para tanto, comungamos com Merhy (1996), quando enfatiza que a resolubilidade das ações de saúde deve necessariamente se traduzir em ações efetivas e que satisfaçam os usuários coletivamente, com a garantia de procedimentos eficazes diante do conjunto de problemas de saúde identificados.

Ressaltamos ainda que a resolubilidade não se limita a ter uma conduta, vai mais além, ao colocar a possibilidade de usar

[...] tudo que se dispõe para eliminar o sofrimento e as causas reais do problema do paciente. É colocar à disposição do paciente toda a tecnologia disponível, a fim de se conseguir o diagnóstico e o tratamento adequado a cada caso, a fim de abordar a dimensão individual e coletiva dos problemas de saúde. Implica em criar um processo que tenha como desdobramento uma alteração do quadro do usuário e uma satisfação do mesmo (MERHY, 1994, p. 139).

A resolubilidade portanto, seja no Programa de Saúde da Família ou seja nos serviços de saúde de uma maneira geral, deve ocorrer por meio de um agir multidisciplinar, através de discussões permanentes, capacitação da equipe, utilização de protocolos e reorganização dos processos de trabalho, participação e controle social, utilização dos sistemas de referência e contra-referência, assumindo uma atitude de acolhimento, escuta, dando respostas positivas à população diante das necessidades apresentadas, que perpassam pela criação de vínculos efetivos entre usuários e trabalhadores, através do estabelecimento de relações de trocas e confiança (MEDEIRO, 2006).

Assis (2006), ao discutir a resolubilidade enquanto um dos componentes da integralidade, revela que esta envolve aspectos relacionados à conduta profissional e à relação da equipe de saúde- usuário. Porém, para que o PSF tenha resolubilidade das ações e serviços, deverá estar inserido num sistema organizado e hierarquizado, mantendo ativamente os mecanismos de referência e contra-referência com os demais níveis do sistema.

Contudo entendemos que, para aumentar a resolubilidade das ações desenvolvidas no PSF dependerá em parte, de uma mudança de atitude

profissional diante do usuário, numa postura de acolhimento com o usuário, compreendendo melhor as suas necessidades e, assim poderá potencializar ainda mais a sua capacidade de intervenção.

Muitas vezes o que leva os usuários a procurarem os serviços de saúde nem sempre é a busca de um procedimento ou ação clínica. As suas necessidades de saúde podem, na maioria das vezes, serem solucionados com uma simples conversa através de uma escuta qualificada, seja numa ação coletiva, ou seja numa simples orientação, uma intervenção.

A construção de uma intervenção mais resolutive implica numa abordagem mais integral dos problemas de maneira interdisciplinar que possa dar respostas as várias dimensões dos problemas apresentados, muito para além das ações individuais.

Na perspectiva trazida por Santos (2006), a resolubilidade é considerada uma variável dependente quando se analisa o sistema de saúde e as outras variáveis, dentre elas acesso, acolhimento, vínculo e responsabilização e ao mesmo tempo independente quando se volta o olhar para os serviços ou redes assistenciais. Assim, o autor associa a resolubilidade aos seguintes aspectos:

- a) implantação de novos serviços e de novos equipamentos;
- b) incorporação de novas tecnologias;
- c) reorganização de processos de trabalho;
- d) conformação de redes;
- e) adensamento tecnológico¹⁷ para otimização dos recursos existentes;
- f) articulação e complementaridade de serviços e redes existentes;
- g) conformação de linhas de produção do cuidado (linhas imaginárias universais e dependentes de cada usuário). Universal por que permite que qualquer problema seja abordado.

Como podemos visualizar, a resolubilidade não se configura como um dispositivo institucional estanque, finalístico da produção do cuidado em

¹⁷ **Adensamento tecnológico:** consiste em articular saber- fazeres profissionais, infraestrutura tecnológica, num determinado estabelecimento ou serviço que transforma mais resolutive a interseção trabalhador/ usuário (SANTOS, 2006).

saúde, é muito mais abrangente, visto que para que ela se concretize de fato, deverá perpassar toda a racionalidade dos serviços de saúde, bem como uma nova conduta de trabalhadores e gestores.

Neste estudo acreditamos que a **resolubilidade** de um serviço, está implicada com a capacidade do serviço em assegurar o atendimento em direção ao cuidado integral, através de respostas efetivas ao conjunto de necessidades de saúde dos usuários, seja por meio de ações diretas das equipes de saúde a partir de uma atuação interdisciplinar, seja em relação à capacidade de propor alianças, tendo em vista a intersetorialidade.

Para o serviço de saúde ser resolutivo é necessário, sobretudo garantir ao usuário as ações e serviços, com a oferta das mais variadas oportunidades de acesso terapêutico, como também assegurar a articulação com toda rede de serviços (referência e contra-referência), pela qual os usuários tenham as suas necessidades respondidas na atenção à saúde.

As experiências têm demonstrado que as ações de saúde mais resolutivas são aquelas em que os sistemas de saúde estão organizados com articulação e complementaridade dos serviços e redes assistenciais, a partir da reorganização dos processos de trabalhos que coloquem o usuário no lugar central e implementação de projetos coletivos de co- responsabilidade entre os sujeitos envolvidos.

3 METODOLOGIA

“(…) o sujeito que se compromete com a produção do conhecimento só o fará se for objetivado como sujeito epistêmico, portador de uma maneira precisa de investigar e de um conjunto de conceitos, que lhe direciona na ação sobre o campo empírico e na explicação ou compreensão, como garantia da objetividade do conhecimento produzido (…)” (MERHY, 2004).

3.1 Tipo de Estudo

No sentido de operacionalizar esta pesquisa, optamos por uma metodologia qualitativa, numa perspectiva histórico-estrutural. A abordagem qualitativa busca uma compreensão particular daquilo que estuda, cujo foco é centralizado no específico, no peculiar, almejando sempre a compreensão do fenômeno estudado, geralmente ligado às atitudes, crenças, motivações, sentimentos e pensamentos da população estudada (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

Já a abordagem histórico-estrutural, segundo Demo (1995), significa um equilíbrio crítico e auto-crítico entre condições objetivas e subjetivas. A realidade social em parte é dada, em parte é feita. Não há sujeito objetivo, mas é fundamental controlar a ideologia, não pelo distanciamento farsante, mas pelo enfrentamento, no espaço da estratégia da discutibilidade.

Complementamos que foi a natureza do estudo que determinou a escolha da abordagem utilizada, visto que o objeto a ser pesquisado não pode ser explicado quantitativamente, uma vez que o universo de significados é o ponto central da pesquisa, ou seja, trabalha com “[...] motivos, aspirações, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à “operacionalização de variáveis” (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004, p.21)

Visualizamos que o método qualitativo que nos permitiu compreender melhor o particular, aquilo que não pode ser visualizado na aparência, pois o objeto de estudo que nos propomos a estudar é dinâmico e se dá nas relações com o contexto no qual está inserido o que o torna singular.

3.2 Campo de Investigação

O campo de estudo propriamente dito foram as Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Alagoinhas, Bahia. Entretanto, antes de contextualizá-las, faremos uma apresentação sumária do referido município.

3.2.1 História, Economia, Geografia e Sócio Demografia

Como já foi referida, a pesquisa foi realizada no município de Alagoinhas-BA. Segundo registros do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (ALAGOINHAS, 2007c), o distrito de Alagoinhas foi criado no dia 15 de outubro de 1816, pertencendo a Inhambupe até 16 de julho de 1852, quando se tornou sede municipal. A emancipação política de Alagoinhas foi oficializada no dia 02 de Julho de 1853, com a posse da Câmara Municipal e do presidente do Conselho, o Coronel José Joaquim Leal. Apesar dos 155 anos, a cidade de Alagoinhas ainda conserva a sua história por meio dos seus patrimônios históricos e simbólicos, representadas pelas ruínas da Igreja de Alagoinhas Velha, que garantem a cidade um aspecto provincial.

A cidade teve seu primeiro povoamento nos fins do século XXIII, quando um padre português fundou uma capela no seu território e daí começou a próspera vila em virtude da chegada de imigrantes e da passagem da estrada de boiadas, acesso para o norte e para o sertão, razão porque recebeu de Ruy Barbosa o título de “Pórtico de Ouro do Sertão”.

O nome de Alagoinhas originou-se das muitas lagoas e córregos existentes na região além dos rios Sauípe, Catu, Subaúma e Quiricó. Uma das maiores riqueza é a excelência da qualidade da sua água, que faz parte do aquífero que vai de Dias D’Ávila até Tucano.

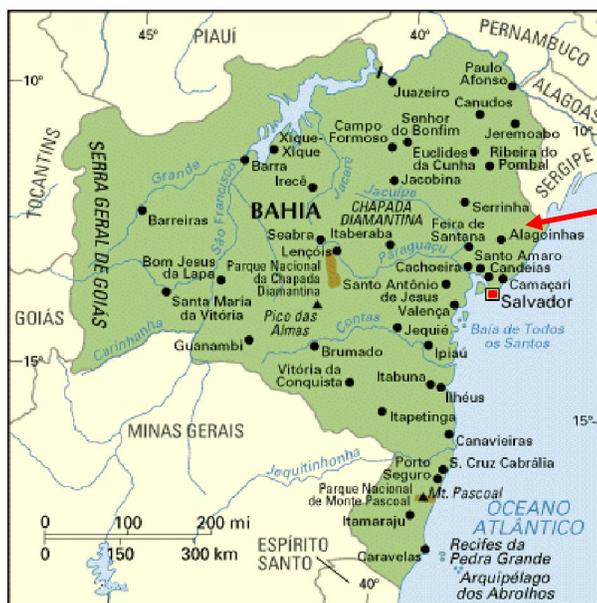
O comércio tem sido à base da sua economia, constituindo-se como o maior empregador, seguido pelos órgãos públicos e das indústrias de pequeno a grande porte, com destaque para a unidade industrial da empresa Schincariol, inaugurada no município em 1997.

Vale ressaltarmos que durante muito tempo a agricultura foi a principal base econômica do município, destacando-se a laranja e o fumo os seus principais produtos agrícolas. Por sinal, a produção de laranja deu-lhe a denominação popular de “Terra da Laranja”. Atualmente busca-se incentivar o

setor agropecuário por meio incentivo às linhas de comercialização dos produtos da agricultura familiar.

No que se refere ao contexto sócio-político, no município sempre prevaleceu os interesses das elites políticas locais em detrimento do bem estar da maioria da população, o que determinou um baixo crescimento no município durante longos períodos. Entretanto, no recente cenário municipal, muitas das iniciativas do “governo popular”, denominado pelo Partido dos Trabalhadores (PT), gestões 2001-2004 e 2005-2008, no enfrentamento dessa situação, cristalizada e naturalizada no imaginário popular, com a realização de políticas públicas com a participação dos cidadãos, a exemplo o orçamento participativo.

Alagoinhas é o sexto município da Bahia em área territorial, situado na mesorregião¹⁸ do nordeste baiano, apresenta o clima tropical, distando de Salvador em 130 quilômetros. Possui uma estimativa populacional de 144.853 habitantes (IBGE, 2006), distribuídos por uma área de 733,969 Km², com uma densidade demográfica de 190,4 Hab/ Km². Faz limite com os seguintes municípios: ao Norte, Inhambupe, ao Sul Catu, à Leste, Araças, ao Oeste, Aramari, ao Nordeste, Entre Rios e à Sudoeste, Teodoro Sampaio, conforme a figura 1 a seguir.



FONTE: webcarta.net (2007)

Figura 1 Mapa de localização do município de Alagoinhas.

¹⁸ A mesorregião é formada por nove municípios (Acajutiba, Alagoinhas, Aporá, Araças, Aramari, Crisópolis, Inhambupe, Rio Real, Sátiro Dias). Sua população foi estimada em 2005 pelo IBGE em 32.199 habitantes e possui área total de 5.665,779 Km².

Em relação às condições sócio-econômicas da população, o município apresenta taxa de crescimento anual (2000-2007) de 1%, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,729 (PNUD, 2000), PIB de R\$ 824.402.000,00 e PIB (Produto Interno Bruto) *per capita* de R\$ 6.023,00 (IBGE, 2006).

Quanto ao destino do lixo, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) 73,7% do total de domicílios utilizam a coleta pública. No tocante ao abastecimento de água, 84,8% dos domicílios dispõem do serviço público de abastecimento de água; 30,9% deles estão ligados à rede geral de esgoto ou pluvial; 36,4% têm fossa rudimentar como mecanismo de destino de dejetos. Tal situação transforma grande parte dos canais pluviais da região em verdadeiros esgotos a céu aberto (BRASIL, 2007a).

3.2.2 Situação da Rede de Serviços de Saúde

O município de Alagoinhas tem se revelado um expoente da Saúde Pública baiana, principalmente a partir de 2001, quando assumiu a Gestão Plena do Sistema de Saúde¹⁹.

A rede pública de saúde sob gestão municipal é constituída por 32 unidades de atendimento próprios que compõem as redes de atenção básica, ambulatorial especializada, hospitalar, de Atenção Psicossocial e Urgência e Emergência, além das instituições que compõem a rede conveniada e contratada, no total de 21 instituições.

Em 2006 a rede básica, era constituída por dezenove USF e cinco Unidades Básicas de Saúde. Do total de USF, treze localizadas na zona urbana e seis na zona rural (SOUZA, 2006).

Atualmente de acordo com o *Relatório de gestão 2007* (ALAGOINHAS, 2007b- DOC 6) complementado pela pesquisadora em Setembro de 2008, o município dispões de 23 Equipes de saúde da Família,

¹⁹ **Gestão Plena do Sistema de Saúde:** Esta condição de gestão explicita que é de responsabilidade do gestor municipal a elaboração de toda programação municipal, contendo, inclusive, a referência ambulatorial especializada e hospitalar com incorporação negociada à programação estadual, com gerência de unidades próprias ambulatoriais e especializadas, inclusive as de referência (BRASIL, 2007b).

sendo dezessete na zona urbana, dentre elas Santa Terezinha, São José Operário, Renovação, Lírio dos Vales, Flávio Cavalcante, Sagrada Família, 21 de Setembro, São Cristóvão, Santo Antônio, Nova Brasília, Urbis III, Taizé, Pau Brasil, Nossa Senhora de Fátima, Pró Saúde, Praça Kennedy, Jardim Petrolar e seis na zona rural, Riacho da Guia, Boa União, Estevão, Miguel Velho, Narandiba e Sauípe.

As Unidades de Saúde da Família são responsáveis pela maior parte da oferta de serviços da Atenção Básica e onde são desenvolvidos os programas de Saúde Pública normatizados pelo Ministério da Saúde

O PSF realiza uma cobertura de aproximadamente 48,7% da população do município. Apenas 17,6% da população não coberta pelo referido Programa é assistida pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (ALAGOINHAS, 2007b).

A rede ambulatorial especializada é composta pelo Centro de Atenção Especializada- CAE, o Laboratório Público Municipal, além das instituições privadas e conveniadas que prestam serviços de média complexidade.

O Centro de Saúde localizado no Parque Floresta constitui a unidade de referência para as ESF, e onde funciona o PACS para áreas descobertas.

A Atenção Psicossocial conta atualmente com o Serviço de Ambulatório de Saúde Mental e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais oferecem atendimento à população desde o acompanhamento clínico até ações de reinserção social dos usuários desses serviços à sociedade.

A assistência hospitalar conta com dois hospitais, o Hospital Maternidade e o Hospital Regional Dantas Bião (HRDB), que ainda encontra-se sob responsabilidade do governo Estadual. O referido hospital passou por uma grande reforma quando foram realizadas obras de ampliação e reestruturação, tendo o hospital ampliado a sua capacidade para 110 leitos sendo reinaugurado em junho de 2006.

Já a rede de Urgência e Emergência é formada pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU, com atuação desde setembro de 2004; um serviço pré-hospitalar fixo e três urgências hospitalares, onde funcionam as clínicas, Pediátrica e Cirúrgicas no Hospital Dantas Bião, a

Obstétrica no Hospital Maternidade e as Ortopédicas na rede privada contratada.

As ações de alta complexidade de Nefrologia e Hemodiálise são realizados por uma única instituição privada, e as demais (UTI, cirurgia de alta complexidade, Serviços de Apoio Diagnóstico-Tomografia computadorizada dentre outros, unidade de coleta e transfusão de sangue) estão sendo realizadas no HGDB.

O município gerencia recursos de média e alta complexidade da ordem de R\$ 7 milhões/ ano, com uma despesa total de saúde de R\$ 26 milhões no ano de 2006, com investimento *per capita* de R\$ 179,68 (IBGE, 2006).

3.2.3 Situação de Saúde

Atualmente, Alagoinhas convive com a situação de saúde marcada por um conjunto de causas de morte e adoecimento que se assemelham a algumas cidades brasileiras, com baixos índices de morbimortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e elevação das doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) (BRASIL, 2007b).

De acordo com Souza (2006), no período de 2000/2004, o coeficiente de mortalidade geral da população manteve-se estável, passando de 6,4/1000 habitantes (hab) para 5,3/ 1.000 habitantes. No entanto, o coeficiente de mortalidade infantil em 2004 foi de 21,82.

Entre as principais causas de óbito em 2005, destacaram-se as doenças cerebrovasculares (43,4%), diabetes mellitus (29,6%) e o infarto agudo do miocárdio (20,2%). Ressaltamos que os acidentes de transporte somado às agressões, (31,8%), mostram um novo perfil de mortalidade, e portanto deve ser tomado como um problema de Saúde Pública para o município. Os dados chamam a atenção também ao elevado percentual de óbitos por doenças com curso crônico e que podem ser prevenidas com mudanças de hábitos e controle, merecendo por sua vez, um olhar ampliado no sentido de melhorar a qualidade de vida da população (BRASIL, 2007b).

3.3 Sujeitos do Estudo

Na abordagem qualitativa, os sujeitos participantes do estudo são selecionados propositalmente, já que se busca apreender e entender certos casos selecionados sem necessidade de generalização para todos os casos possíveis.

Entretanto, embasada em Minayo (1994), tomamos alguns cuidados com o processo de seleção dos sujeitos, com a finalidade de refletir a totalidade em suas múltiplas dimensões:

- a) privilegiamos os sujeitos que detinham as informações e experiências sobre o objeto de estudo;
- b) delimitamos o número de sujeitos a partir da reincidência das informações;
- c) escolhemos o conjunto “ideal” de sujeitos, aquele que possibilitou a compreensão não apenas sobre convergência e as divergências, mas também sobre o diferente e a complementar em relação ao objeto estudado a partir dos seus depoimentos.

Os sujeitos do estudo são representados por dois grupos, assim caracterizados: **Grupo I:** composto pelos trabalhadores de saúde (enfermeiros, médicos, odontólogos auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, administrativos e outros). Eles foram escolhidos mediante o critério: com formação heterogênea nos campos de saberes e práticas interdisciplinares, responsáveis pela produção do cuidado individual/ familiar;

Grupo II: os usuários da USF, centro do processo de cuidado em saúde.

A escolha desses grupos teve como finalidade confrontar as diferentes idéias, diante das relações singulares do fenômeno estudado, a originalidade criadora das relações interpessoais, as contradições existentes, bem como as diversidades existentes para dar conta da totalidade do conhecimento investigado.

Por conseguinte, “o conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; o sujeito- observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. O objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações” (CHIZZOTI, 1998, p.79).

Todavia, Minayo (1995) chama a atenção para o fato de que a pesquisa qualitativa não se baseia em critério numérico para garantir a sua representatividade, sendo importante neste aspecto questionar quais indivíduos sociais têm vinculação mais significativa para o problema a ser investigado para que possibilite abranger o problema investigado em suas múltiplas dimensões.

Portanto, levando-se em consideração tais explicações, participaram desta pesquisa 33 sujeitos representados nos quadros 1 e 2, respectivamente grupo I (23 trabalhadores de saúde enumerados de 1 a 23 e o grupo II (10 usuários), identificados pelos números 24 a 33. A enumeração corresponde a seqüência das entrevistas realizadas.

Ressaltamos ainda que a identificação desses sujeitos tanto nos quadros, quanto no texto das análises, é representada da seguinte forma: entrevistado 1, grupo I, entende-se (E.1, grupo I) e assim sucessivamente.

Quadro 1 Caracterização dos trabalhadores de saúde do PSF entrevistados, Alagoinhas/BA, abr./ago, 2008.

Nº de Entrevistas	Idade	Sexo	Escolaridade	Função/Cargo	Experiência no PSF	Fez Introdutório
E.1	40	F	Ensino Médio	Téc. de Enf.*	1a 5 m	Sim
E.2	38	F	Ensino Médio	ACS	09 anos	Sim
E.3	39	M	Ensino Médio	ACS	07 anos	Sim
E.4	46	F	Ensino Médio	ACS	07 anos	Sim
E5	36	F	Ensino F.**	Servente	07 anos	Não
E6	28	F	Superior	Odontóloga	05 anos	Sim
E.7	39	F	Ensino Médio	Téc. de Enf.	08 anos	Não
E.8	33	M	Ensino Médio	ACS	07 anos	Sim
E.9	38	F	Ensino Médio	ACS	12 anos	Sim
E.10	34	F	Ensino Médio	ACS	07 anos	Sim
E.11	31	M	Ensino Médio	ACS	09 anos	Sim
E.12	29	F	Ensino Médio	Téc. de Enf.	06 meses	Sim
E.13	42	F	Ensino Médio	ACS	09 anos	Sim
E.14	30	F	Superior	Enfermeira	06 anos	Sim
E.15	45	F	Superior	Enfermeira	06 anos	Sim
E.16	44	M	Superior	Médico	03 anos	Não
E.17	37	F	Superior	Médica	06 anos	Sim
E.18	26	F	Superior	Enfermeira	1 ano e 3m	Não
E.19	28	F	Superior	Enfermeira	04 anos	Sim
E.20	52	F	Superior	Enfermeira	05 anos	Sim
E.21	28	F	Ensino Médio	ACD	03 anos	Não
E.22	41	F	Superior	Enfermeira	05 anos	Não
E.23	47	M	Superior	Médico	1ano	Não

*Técnica (o) de Enfermagem **Ensino Fundamental

Quadro 2 Caracterização dos usuários do PSF entrevistados no período de Abr/ago, Alagoinhas/BA, 2008.

Entrevistado	Sexo	Idade	Profissão	Escolaridade	Freqüenta o Serviço (Tempo)
E.24	F	36	Autônoma	Ens. Méd. Inc.*	03 anos
E.25	F	34	Costureira	Ensino Médio	02 anos
E.26	F	24	Empregada Doméstica	Ensino Fund. Inc.**	10 anos
E.27	F	25	Doméstica	Ensino Fund. Inc.	07 anos
E.28	F	44	Ensino Fund.	Ensino Fund. Inc.	07 anos
E.29	F	52	Cozinheira	Ens. Méd. Inc.	02 anos
E.30	F	31	Dona de Casa	Ensino Fund. Inc.	7 anos
E.31	F	29	Dona de Casa	Ensino Fund. Inc.	03 anos
E.32	F	29	Empregada Doméstica	Ens. Méd. Inc.	8 anos
E.33	F	30	Serviços Gerais	Ensino Médio	6 anos

*Ensino Médio Incompleto; **Ensino Fundamental Incompleto; ***Trabalhadora remunerada;

No quadro 1 apresentamos algumas características dos diferentes sujeitos do estudo. Foram entrevistados um total de 23 trabalhadores que atuam no PSF entre médicos (03), enfermeiros (06), técnicos de enfermagem (03), odontólogos (01), agente de consultório dentário (01), Agentes Comunitários de Saúde (08) e servente (01).

De todos os entrevistados apenas sete não realizaram o Treinamento Introdutório do PSF. Em relação ao tempo de experiência no Programa há uma variação entre seis meses e nove anos de atuação junto às famílias.

No quadro 2 estão caracterizados os usuários das USF pesquisadas. Todos os entrevistados eram do sexo feminino e frequentavam o serviço há pelo menos dois anos e a idade deles variou entre 24 a 52 anos. Em relação à ocupação o maior grau de instrução encontrado foi de dois usuários que possuíam o ensino médio.

3.4 Técnicas de Coleta de Dados

Como primeira técnica para coletar os dados optamos pela **entrevista semi-estruturada** segundo Minayo (1995, p. 57), na entrevista o (a) pesquisador(a) busca obter informes contidos na fala dos atores sociais,

portanto “[...] ela não significa uma conversa despretensiosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos- objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada”

Este tipo de entrevista, reforça Triviños (1987), não só valoriza a presença do (a) pesquisador(a), como também oferece perspectivas possíveis para que o (a) entrevistado (a) alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias e, portanto, enriqueça as relações, além de possibilitar um contato mais íntimo entre entrevistador (a) e entrevistado (a) que poderá favorecer a exploração em profundidade de seus saberes, bem como suas representações, de suas crenças e valores.

A entrevista semi-estruturada para Nogueira-Martins e Bógus (2004) é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, tornando-se necessário que essas perguntas fundamentais sejam resultado não só da teoria que atenda a ação do investigador, mas; também, de toda a informação que ele já recolheu sobre o fenômeno que interessa. Para tanto, elaboramos os roteiros de entrevista com as questões norteadoras (Apêndices A e B), respectivamente para os sujeitos do grupo I e grupo II.

A segunda técnica de coleta de dados utilizada foi à **observação**, que tem como principal objetivo gerar conhecimento sobre a vida humana, sedimentado na realidade do dia-a-dia, podendo ocorrer em qualquer lugar onde as pessoas estejam fazendo coisas: culturas, comunidades, organizações, lares, ruas, lugares de trabalho, sala de aula dentre outros (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

Foi através dessa técnica que observamos os eventos no contexto das ESF estudadas e também vimos como se dá a relação com outros atos e circunstâncias que influenciam sua ocorrência, permitindo uma maior compreensão dos fenômenos.

O tipo de observação escolhida foi a **observação sistemática**, aquela realizada em condições controladas, em que o pesquisador antecipadamente já delimita determinados aspectos para a coleta dos dados ou fenômenos observados (MARCONI; LAKATOS, 1996).

Assim, antes da observação elaboramos um roteiro (Apêndice C) para a organização e registro das informações coletadas, no sentido de responder aos propósitos preestabelecidos. Dessa maneira, a observação foi planejada e sistematizada no sentido de buscar dotar o pesquisador de uma ferramenta que o auxiliasse na busca do que ele procura.

A observação foi realizada dentro dos limites das Unidades de Saúde da Família a serem pesquisadas. Foi observado o fluxo de usuários na unidade, o momento inicial de escuta das suas necessidades de saúde no encontro com os trabalhadores de saúde, o caminho do usuário dentro do sistema de saúde, a produção do cuidado em prol da resolubilidade das necessidades dos cidadãos, dentre outras questões pertinentes. Neste sentido acompanhamos a realização de visitas domiciliares e de atividades educativas realizadas pelos profissionais do PSF.

Após cada período, documentávamos no diário de campo a realidade observada para não perder parte do contexto.

Para complementar os dados, utilizamos também a **análise documental** no sentido de estabelecer as inter-relações com os dados que serão obtidos das entrevistas e observação sistemática, através da triangulação de dados²⁰.

Para o estudo selecionamos sete (07) documentos como os Planos Municipais de Saúde e os Relatórios de Gestão conforme o quadro 3.

²⁰ **Triangulação dos dados:** A triangulação de dados é fruto de um trabalho crítico e diz respeito à inserção de múltiplas técnicas, observadores e métodos para ampliar as referências e “olhares” sob certa realidade que se busca investigar. Trata-se da agregação de diferentes saberes, métodos e disciplinas trabalhando numa perspectiva dialógica e num esforço mútuo de comunicação entre os distintos saberes (DESLANDES; ASSIS, 2002).

QUADRO 3 Documentos Analisados

DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO	FONTE
DOC 1	Plano Municipal de Saúde Gestão 2002-2005	Secretaria Municipal de Saúde de Alagoinhas
DOC 2	Relatório de Gestão 2004	Secretaria Municipal de Saúde de Alagoinhas
DOC 3	Relatório Gestão 2005	Secretaria Municipal de Saúde de Alagoinhas
DOC 4	Relatório de Gestão 2006	Secretaria Municipal de Saúde de Alagoinhas
DOC 5	Plano Municipal de Saúde 2006-2009	Secretaria Municipal de Saúde de Alagoinhas
DOC 6	Relatório de Gestão 2007	Secretaria Municipal de Saúde de Alagoinhas
DOC 7	Política Nacional da Atenção Básica- Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006.	Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde

Os documentos são “[...] qualquer informação sob a forma de textos, imagens, sons, sinais etc., contida em um suporte material (papel, madeira, tecido, pedra), fixados por técnicas especiais como impressão, gravação, pintura, incrustação” (CHIZZOTTI, 1998, p.109.).

A análise propriamente dita do conteúdo presente nos documentos, ocorreu a partir da retirada dos fragmentos relacionados ao objetivo de estudo, no sentido de complementar a análise das entrevistas e da observação, sendo identificado no texto da seguinte forma: documento 1, leia-se (DOC. 1), e assim sucessivamente.

3.5 Método de Análise dos Dados

A técnica de análise de dados é uma aproximação do Método Hermenêutico- Dialético, “onde a fala dos atores sociais é situada em seu contexto para melhor ser compreendida. Essa compreensão tem como ponto de partida, o interior da fala. E como ponto de chegada, o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala” (MINAYO, 1995, p. 77).

Em relação ao método dialético, esta autora destaca dois pressupostos: no primeiro, afirma que não há consenso e nem ponto de chegada no processo de produção do conhecimento; o segundo refere-se à dinamicidade do processo de produção do conhecimento numa relação em que

aqueles que a praticam são fruto de uma realidade concreta. Contudo, para uma boa análise é necessário um quadro de referências onde a ação objetivada nas instituições permite ultrapassar a mensagem manifesta e atingir significados latentes.

No que se refere à Hermenêutica, Assis e Jorge (s./d.) embasadas nos estudos de Gadamer, discorrem que a Hermenêutica é a busca da compreensão de sentido, que só pode ser compreendida através da comunicação entre os homens, na intersubjetividade das relações cotidianas, num processo inter-relacional, entre a arte de convencimento (retórica e a arte da compreensão, para que haja modificação da ação social e, neste sentido, a compreensão só se efetiva por estranhamento, orientada por consenso possível entre o agente que emite a idéia e a ação, e aquele que procura compreender.

As autoras ainda informam que os estudos de Minayo (1999 e 2002) aprofundam a discussão ao afirmar que a Hermenêutica é a arte da compreensão e a Dialética a arte do estranhamento e crítica. Neste sentido, a compreensão só alcançaria sua verdadeira possibilidade quando as opiniões prévias não são arbitrárias, existindo polaridade entre familiaridade e estranheza, assim, é que baseia a tarefa da Hermenêutica. Deste modo, é possível a interconexão entre Hermenêutica e Dialética, pois a linguagem e práxis de ambas se interpretem mutuamente.

Embasada em tais teorias, no sentido de operacionarmos os dados empíricos deste estudo, utilizamos assim a seguinte proposta de análise: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final (MINAYO, 1995).

Na fase da **ordenação dos dados**, revimos na sua totalidade todos os dados obtidos no trabalho de campo, ou seja, momento envolvido com o processo de transcrição das gravações das entrevistas, releitura do material e organização dos relatos e observações.

Na fase de **classificação dos dados**, foi feita uma leitura exaustiva e repetida dos textos, estabelecendo as interrogações para se identificar o que surgia de relevante para então elaborarmos os núcleos do sentido.

A partir da leitura flutuante, foram isolados os temas de um texto digitado fruto do material empírico coletado, e extraídas partes utilizáveis de acordo com o tema que pesquisávamos. Foram então extraídas as falas e

analisados os temas que apareciam com uma maior regularidade nos depoimentos dos trabalhadores e usuários e identificados os núcleos do sentido, com o intuito de apreender as estruturas de relevância, que iam aparecendo e dando significado às dimensões analíticas propostas para o estudo.

Posteriormente realizamos os confrontos entre os depoimentos do grupo I e Grupo II, o que nos permitiu mostrar os temas e idéias comuns entre os sujeitos entrevistados em relação aos núcleos do sentido, fazendo a síntese horizontal, assim como uma idéia global das entrevistas de cada entrevistado a partir da síntese vertical.

Neste sentido construímos os quadros 4 e 5 a seguir com a síntese da classificação de dados realizada.

QUADRO 4 Confronto dos depoimentos do grupo I - Trabalhadores (23 pessoas)

NÚCLEOS DO SENTIDO	E. 1	E. 2	E. 3	...	E. 23	Síntese Horizontal*
Resolubilidade: - Concepção						
- Acolhimento						
- Articulação: Equipe e serviço						
- Oferta/demanda						
Trabalho no PSF: - Trabalho em Equipe						
-Dinâmica organizativa (Organização da agenda x Programação em Saúde)						
- Dificuldades						
- Facilidades						
Síntese Vertical**						

***Síntese Horizontal-** Permite mostrar os temas e as idéias comuns entre os sujeitos entrevistados por núcleo de sentido ou categoria empírica, através de uma leitura de cada núcleo ou categoria representada por cada entrevistado, confrontando-os, entrevista por entrevista, grupo por grupo;

****Síntese Vertical-** Permite que se tenha uma idéia global da entrevista, ou seja, o conjunto de idéias de cada entrevistado sobre o objeto em estudo (Assis e Jorge, s./d.).

QUADRO 5 Confronto dos depoimentos do GRUPO II- Usuários (10 pessoas)

NÚCLEOS DO SENTIDO	E. 24	E. 25	E. 26	...	E. 33	Síntese Horizontal
-Resolubilidade: Concepção						
- Acolhimento						
- Articulação: Equipe e Serviço						
- Oferta/demanda						
- Facilidades						
- Dificuldades						
Síntese Vertical						

Vale ressaltar que a experiência vivenciada na Disciplina Análise de Dados, oferecida pelo Mestrado no semestre 2008.1, foi extremamente relevante para a compreensão prática destas fases da pesquisa.

Os dados da pesquisa aqui realizada serviram de base para os estudos da Disciplina e nos ajudou concretamente na discussão e melhor elaboração dos núcleos de sentidos.

Foi através do confronto dos sujeitos entrevistados (Grupo I e Grupo II) e categorias analíticas definidas a priori no estudo, buscando-se as relações dialéticas entre elas através das convergências, divergências, diferenças e complementaridades, quando chegamos às categorias empíricas (Quadro 6).

QUADRO 6 Confronto das categorias empíricas entre os GRUPOS I e II- (33 pessoas)

CATEGORIAS EMPÍRICAS	Grupo I	Grupo II	Síntese Horizontal
Resolubilidade <i>versus</i> produção do cuidado: do pensamento à práxis no cotidiano do PSF			
Produção do cuidado em saúde no PSF: uma “outra” práxis de organização do trabalho em saúde?			
Articulação do PSF com as redes assistenciais de saúde na garantia da Resolubilidade das necessidades de saúde dos usuários/família: antigos dilemas e novos desafios			
Síntese Vertical			

Através da análise dos dados foram registradas três categorias empíricas,

Primeira categoria: Resolubilidade *versus* produção do cuidado: do pensamento à práxis no cotidiano do PSF;

Segunda categoria: Produção do cuidado em saúde no PSF: uma “outra” prática de organização do trabalho em saúde?

Terceira categoria: Articulação do PSF com as redes assistenciais de saúde na garantia da Resolubilidade das necessidades de saúde dos usuários/família: antigos dilemas e novos desafios

No tocante às informações colhidas através das observações realizadas, estas foram analisadas na busca de dar sustentabilidade aos dados empíricos e teóricos do estudo, tomando como ponto de partida as categorias empíricas e também a partir da construção de fluxogramas analisadores.

Em relação aos dados da observação sistemática foi utilizado como matriz de análise, o **fluxograma descritor**, proposto por Franco (2006a, p.165), este fluxograma “consiste numa representação gráfica do processo de trabalho, buscando perceber os caminhos percorridos pelo usuário, quando procura assistência e sua inserção no Serviço”.

Para esse autor,

O Fluxograma permite um olhar agudo sobre os fluxos existentes no momento da produção da assistência e permite a detecção de seus problemas. É como se ao aplicá-lo, lançássemos luz em áreas de sombra até então não percebidas, e que operam no sentido contrário a uma atenção com qualidade, centrada no usuário, (FRANCO, 2006a, p.165)

O Fluxograma, de um modo muito simples, é um diagrama muito usado por diferentes campos de conhecimentos, com a perspectiva de “desenhar” um certo modo de organização de um conjunto de processos de trabalhos, que se vinculam entre si em torno de uma certa cadeia de produção (MERHY, 1997a).

Com o Fluxograma procura-se interrogar a micropolítica da organização do serviço e, assim, revelar as relações ali estabelecidas entre os trabalhadores e usuários, os nós críticos do processo de trabalho, o jogo de

interesses, poder e processo decisórios, e dessa maneira retratar “todos os processos e interesses implicados na organização do serviço, revelar as áreas de sombra que não estão claras e explícitas para os trabalhadores e gestores do serviço (BRASIL, 2005, p.77).

Em relação aos dados da observação sistemática foi utilizado como matriz de análise, o fluxograma analisador de um serviço de saúde realizado por Franco (2006a).

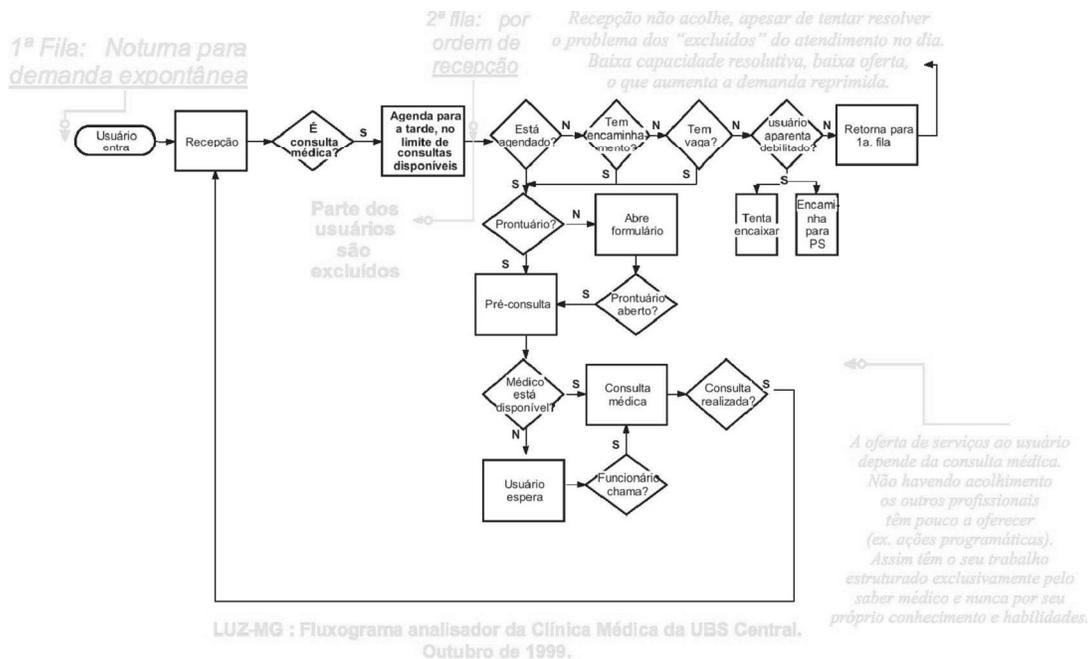


Figura 2: Fluxograma- resumo, Franco (2006a, p. 167).

Alguns símbolos utilizados para a construção do fluxograma são universalmente padronizados. O desenho da **elipse** (conferir no diagrama) mostra tanto o começo da cadeia produtiva, quanto o fim; chama-se a isto uma representação de entrada e da saída do processo global de produção, em análise.

O **retângulo** por sua vez mostra os momentos nos quais se realizam etapas de trabalho importantes da cadeia produtiva em saúde, nas quais se realizam consumos de recursos e produção de produtos bem definidos, que vão servir para abrir novas etapas na cadeia, até o seu final.

Através de um **losango** representam-se momentos em que a cadeia produtiva enfrenta-se com o processo de decisão de caminhos a serem seguidos, que aparecem normalmente após cada etapa, e que são sempre

momentos de decisões e de possibilidades de percursos para se atingir etapas seguintes e distintas.

Trata-se da perspectiva de análise das interfaces entre os sujeitos que produzem o cuidado em saúde, seus métodos de ação e o modo como se interseccionam, possibilitando uma nova compreensão sobre o trabalho em saúde mudando o foco da atenção que passa a ser usuário- centrada” (ASSIS, 2006, p.44).

Portanto, através da construção do fluxograma analisador construímos uma síntese que permitiu esquematicamente de um modo básico que todos os processos de trabalho observados caracterizassem um determinado serviço realizado pelas ESF, e que serviram de “guia” para a construção de outros processos nele presentes.

Na fase de **análise final**, buscou-se estabelecer as articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, sendo triangulados durante a análise e respondendo às questões da pesquisa com base nos objetivos.

Para a compreensão do sentido e falas dos entrevistados e observações, fundamentamos as mesmas a partir do referencial teórico com os dados empíricos, a partir do processo de triangulação dos dados, onde combinamos e cruzamos os múltiplos pontos de vista (usuários e trabalhadores), e de técnicas de coleta de dados (informações das entrevistas e dos documentos analisados), dialogando com o referencial teórico que sustentam o estudo.

Neste sentido, foi se estabelecendo uma comunicação entre os depoimentos dos entrevistados e a produção teórica no campo da Saúde Coletiva, buscando a compreensão das intersubjetividades dos sujeitos, nas suas relações com a temática em estudo.

3.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana, para que fossem avaliadas as questões da Bioética. Portanto, a coleta de dados só foi

realizada após o projeto ter sido autorizado pelo CEP/UEFS conforme documento em anexo.

Neste sentido a pesquisa está em conformidade com os preceitos da Resolução 196/96 que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1998), sendo que os sujeitos que decidiram participar da pesquisa assinaram voluntariamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D) que contém a justificativa, objetivos, metodologia, riscos e benefícios do estudo.

3.7 Riscos e Benefícios

Considerando-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos está sujeita a riscos, ressaltamos aqui que os sujeitos da pesquisa tiveram assegurados o anonimato das informações, além de garantia da sua integridade moral, intelectual e respeito às diferenças culturais dos envolvidos na pesquisa.

Os possíveis riscos que a pesquisa poderia apresentar estiveram relacionados sobretudo ao constrangimento, insegurança, ansiedade e mal-estar que os trabalhadores e usuários de saúde poderiam sentir, visto que ao serem questionados a respeito do seu serviço, e assim associar que a participação na pesquisa poderia ter represálias/ danos por parte de seus superiores.

Neste sentido foi garantida a liberdade desses sujeitos para desistirem de participar da pesquisa em quaisquer de suas fases, sem sofrerem qualquer tipo de constrangimento devido a sua desistência.

A presente pesquisa vislumbrou como benefícios a produção do conhecimento científico na área de Saúde Coletiva e contribuiu na discussão dos rumos para o Programa Saúde da Família no município.

A pesquisa se justificou pelo seu caráter social, pois a partir do entendimento de como vem se dando o cuidado no PSF e sua resolubilidade no município de Alagoinhas, e contribuir para a valorização de um atendimento resolutivo no PSF e propor reflexões no sentido de valorizar uma assistência integral e na busca de uma relação de vínculo e acolhimento entre a população e os trabalhadores.

Após apresentação do trabalho na Banca de Avaliação do Mestrado será enviada para a Secretaria de Saúde do município de Alagoinhas o Relatório final da pesquisa assim como para o Comitê de Pesquisa da UEFS, pois consideramos que os resultados foram relevantes para suscitar a rediscussão do modelo de atenção no município e venha a contribuir na reformulação das políticas em nível local.

4 PRODUÇÃO DO CUIDADO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM BUSCA DA RESOLUBILIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE

Só alterações processadas no lugar de produção de cada um, no encontro que o profissional realiza com o usuário, o seu trabalho, em nível da micropolítica, se realiza a mudança na forma ampla e duradoura (FRANCO, 2004).

Iniciaremos a discussão dos resultados da pesquisa apresentando uma síntese analítica de cada categoria empírica que possui uma interdependência entre si com uma compreensão aproximada do objeto de estudo pesquisado.

A primeira categoria analisada, **Resolubilidade versus produção do cuidado: do pensamento à práxis no cotidiano do PSF** traz a compreensão de resolubilidade pelos trabalhadores e usuários do PSF do município de Alagoinhas-BA, apresentando os distintos olhares no que se refere à resolubilidade, enquanto um dos componentes da integralidade e essencial para a produção do cuidado em saúde.

A segunda categoria, **Produção do cuidado em saúde no PSF: uma “outra” práxis de organização do trabalho em saúde?** Discute a cerca das práticas desenvolvidas no cotidiano das equipes de saúde da família no município de Alagoinhas, descrevendo o processo de trabalho dos membros das equipes a partir de uma compreensão que estas estão embasadas no modelo da programação em saúde e trazendo paralelamente uma discussão sobre a produção do cuidado em saúde circunscrito no modelo usuário centrado, enquanto aquele modelo de atenção vislumbrado e capaz de instituir mudanças nos processos de trabalho das equipes e promover o cuidado integral em saúde.

A terceira categoria **Articulação do PSF com as redes assistenciais de saúde na garantia da Resolubilidade das necessidades de saúde dos usuários/família: antigos dilemas e novos desafios** estabelece uma análise sobre o modo como vem se dando a articulação do PSF com as demais redes assistenciais do município, a fim de garantir a resolubilidade das necessidades de saúde dos usuários/família do serviço a partir dos recursos existentes, trazendo a baixa oferta dos serviços como uma

das grandes queixas do trabalhador- usuário- serviço e geradora de tensões que “interditam a relação de cuidado” no PSF.

4.1 Resolubilidade versus Produção do cuidado: do pensamento à práxis no cotidiano do PSF

A gente sabe que muita coisa é feita, muita coisa é resolvida, mas que também ainda precisa também de muita coisa, porque também a gente sabe que a gente não tem condições de resolver tudo né (...) (E. 3 Grupo I).

As análises sobre as concepções de Resolubilidade são inerentes da práxis dos sujeitos que convivem cotidianamente no Programa de Saúde da Família em Alagoinhas-BA, levando em consideração as diferentes dimensões teóricas, articuladas nas visões tanto dos trabalhadores de saúde, quanto dos usuários das Unidades de Saúde da Família.

Quando se pensa em Resolubilidade no contexto dos serviços de saúde a priori associamos ao termo resolução, que de acordo com Ferreira (1986), refere-se à ação ou efeito de resolver algo, de solucionar, decidir, deliberar a respeito de alguma coisa, ou seja, achar a solução de... Neste aspecto, a Resolubilidade se reveste a um ato restrito e isolado de tomar decisão em busca de uma solução de problemas, no entanto consideramos aqui as diferentes concepções de Resolubilidade.

A Lei Orgânica da Saúde (LOS) no seu capítulo II, Artigo 7º, parágrafo XII (que dispõe sobre os princípios e diretrizes) destaca sobre a necessidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência, o que pressupõe que os serviços de saúde devem ter **capacidade resolutiva** para garantir o atendimento universal, integral e equânime aos usuários do sistema.

A capacidade resolutiva da qual trata a LOS implica dizer que os serviços de saúde, independente da sua complexidade, devem prestar assistência aos usuários de forma integral dentro dos limites de sua competência técnica através do uso racional dos recursos da saúde.

Por conseguinte defendemos que o serviço que tem **Resolubilidade** é aquele que : consegue ter capacidade resolutiva através de uma intervenção

efetiva nas necessidades apresentadas pelos usuários; que utiliza toda tecnologia disponível no seu nível de complexidade e assegura tratamento adequado a cada caso.

No Sistema de Saúde brasileiro, a Atenção Básica através do Programa de Saúde da Família é considerada a porta de entrada do usuário deste e apresenta-se como uma das estratégias do MS para dar uma maior Resolubilidade aos sistemas locais de saúde frente às demandas de saúde individuais e/ou coletivas.

Segundo o Ministério da Saúde, a Atenção Básica, quando bem organizada, tem potencial para garantir a resolução de cerca de 80% das necessidades de saúde apresentadas pela população de determinado município, possibilitando uma melhor organização e funcionamento dos serviços de média e alta complexidade, o que poderá levar a redução do consumo excessivo de medicamentos e a utilização de equipamentos de alta tecnologia. Neste sentido, os problemas mais comuns apresentados pela população passam a ser resolvidos pela Atenção Básica, deixando os ambulatórios de especialidades livres para sua real função (BRASIL, 2005).

Todavia, como vemos, esse entendimento do MS sobre a Resolubilidade do serviço diz respeito à combinação de graus de eficácia e eficiência das ações em saúde. A **eficácia** fala da produção da saúde como valor de uso, da qualidade da atenção e da gestão da saúde, enquanto que a **eficiência** refere-se à relação custo/benefício, ao menor investimento de recursos financeiros e humanos para alcançar o maior impacto nos indicadores sanitários.

Jorge (2008) afirma que para discutir a Resolubilidade no campo da Saúde Coletiva é sempre relevante que se formulem opiniões, contraponham-se conceitos e pontos de vista e mais ainda, que se torne uma alternativa para a construção de novas perspectivas de atuação interdisciplinar na produção do cuidado humano. Deste modo, os serviços de saúde devem estar sempre questionando sobre a sua Resolubilidade e os modos de agir profissional.

Portanto, compreendemos Resolubilidade como uma finalidade de dar resposta ao usuário que busca o atendimento do serviço de saúde, ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, esse serviço

deverá estar capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência (BRASIL, 2007d).

As falas dos entrevistados a seguir convergem nesta concepção de Resolubilidade, enquanto dispositivo de **resolução de problemas/ necessidades dos indivíduos**.

É você tentar resolver o problema do paciente né, muitas vezes o paciente chega na unidade e ele precisa de uma guia pra encaminhar, a gente encaminha o paciente e ele acha que o encaminhar não vai resolver e o **encaminhar é resolver** (...) (E.18, Grupo I).

(...) então nós como profissionais vamos fazer o possível para tentar **resolver o problema** do usuário naquele momento né, então até onde a Atenção Básica né, puder resolver, a gente vai fazer pra resolver né, pra tentar dar uma resposta ao problema daquele usuário né (...) (E.20, Grupo I).

Eu acho que é o usuário chegar até a gente, com qualquer tipo de problema, seja ele odontológico ou não **e a gente ter meios de conseguir resolver esses problemas**, o que ele está procurando não é, se ele vem até nós, eles vem à procura de alguma coisa e a gente tem que ter como poder ajudar, as vezes nem no momento, no momento possa ser que a gente não possa ajudar naquele momento, mas que a gente tenha como ajudar mais tarde procurando outros setores sabe, até mesmo da secretaria pra vê alguma coisa a mais que o PSF não possa ajudar no momento, eu acho que seja isso, resolubilidade seja isso (E.22, Grupo I).

De acordo com os depoimentos dos trabalhadores, a capacidade resolutiva do PSF perpassa pela postura profissional, no sentido de garantir a Resolubilidade aos problemas de saúde dos usuários que acessam o serviço.

A postura da equipe em se colocar disponível para ouvir as necessidades do outro e tentar resolver o seu problema foi colocada como essencial para a garantia da Resolubilidade do serviço.

A fala da usuária a seguir converge nesta concepção de resolubilidade,

Todos os meus problemas são resolvidos aqui (...) eles conseguem dar solução aos meus problemas (...) Vai depender também dos dias né (...) quando a gente chega e é recebida por uma enfermeira que fica atendendo (...) a depender do seu

problema (...), por exemplo, se precisar de uma médica ai vai marcar pra o dia que elas marcarem (E. 26, Grupo II).

Divergentemente encontramos falas de usuários que revelam a falta de recursos (medicamentos) no PSF para dar respostas as suas necessidades.

(...) então não tem como elas resolverem muitos problemas (...) aqui acho que aqui não tem medicação suficiente para os pacientes (E.25, Grupo II).

(...) quando eu saio daqui [do atendimento], tem vez que acha remédio, tem vez que já sai com remédio, mas a maioria das vezes tem que sair com a receita pra comprar (...) (E.27, Grupo II).

O *Relatório de Gestão 2004* (ALAGOINHAS, 2004- DOC 2) complementa a discussão sobre a situação relatada pelos usuários ao apontar como um problema a ser enfrentado no sistema de saúde a “quantidade de medicações insuficientes para atender a demandas das Unidades de Saúde da Família” (ALAGOINHAS, 2004, s/p- DOC2).

O referido Relatório propôs que para o enfrentamento dessa problemática a necessidade de adequação na oferta de medicamentos conforme cadastros nos programas de saúde das USF, bem como a atualização dos sistemas de informação para melhorar a programação da oferta de medicamentos, assim como a disponibilização de transporte para a Farmácia Básica, para otimizar a distribuição das medicações para as unidades de saúde.

Essa realidade foi encontrada também no estudo *Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica no SUS municipal* (OLIVEIRA, 2007) realizado no município de Alagoinhas em 2007, ao sinalizar que no município existe a falta de planejamento e de entendimento entre as Unidades de Saúde da Família e a Farmácia Básica central o que refletia na deficiência de oferta de medicamentos para o PSF.

Outro aspecto encontrado, que também interfere no acesso aos medicamentos para os usuários do PSF e do sistema de saúde de maneira geral, é que muitas vezes os membros das ESF não prescreviam os medicamentos porque simplesmente desconheciam a padronização de

medicamentos adotada pelo município e, sobretudo, a não adoção da lista podia ser reflexo também de uma padronização de medicamentos que não atende às demandas da população e não obedece a critérios epidemiológicos dentre outros aspectos avaliados.

Percebemos que, embora seja de conhecimento do sistema local de saúde sobre a carência no que se refere à disponibilização de medicações para os usuários, os depoimentos deixam claríssimo que persiste até o momento essa realidade, a qual compromete a Resolubilidade do atendimento no PSF.

Todavia compreendemos que ao falarmos em resolução de problemas, não podemos restringir a Resolubilidade apenas a atos prescritivos direcionados aos usuários, é muito mais abrangente, sobretudo à garantia de um atendimento integral a partir da interseção trabalhadores/ usuários, mediadas por uma compreensão e significação das necessidades de saúde, na definição de caminhos de garantia de acesso as outras redes de serviços de saúde ao usuário quando necessário.

Para além de resolver os problemas dos usuários que adentram as USF, para ser resolutivo, o PSF deve estar preparado para promover uma transformação do modelo de atenção à saúde, e de maneira de lidar com o outro, através de processos produtivos de trabalho em saúde que incorporem saberes tecnológicos de acordo com as necessidades a serem atendidas através do atendimento integral.

Do ponto de vista da produção do cuidado em saúde, esses saberes tecnológicos dizem respeito ao modo como os trabalhadores estão operando na prática cotidiana do serviço e com quais recursos estão produzindo o cuidado.

Neste sentido, concordamos com Merhy (1999) quando diz que todo processo de trabalho em saúde, para produzir o cuidado, tem que primeiro produzir atos de saúde mediante a produção de um procedimento, de uma escuta, de um acolhimento à necessidade do outro; é produzir um ato de saúde. Porém, o ato de saúde pode ser feito dentro de um certo modo de cuidar, que não é necessariamente “cuidador”.

Em qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente é produzido um trabalho vivo em ato, que se caracteriza

(...) em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas pessoas, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes como momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de possíveis cumplicidades, nos quais pode haver a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado, ou mesmo de momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (MERHY, 1999, p.308).

Explorar o trabalho vivo em ato nas relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários no PSF pode se revelar como um dispositivo do cuidado capaz de contribuir para a qualidade da assistência e para a Resolubilidade do serviço.

Segundo Franco (2006b), o processo de trabalho em saúde, quando funciona sob certa hegemonia do trabalho vivo, vai-nos revelar um mundo extremamente rico, dinâmico, criativo, não estruturado e de alta possibilidade inventiva. Dessa forma, enfatiza o trabalho vivo

(...) como dispositivo de formação de fluxos-conectivos, faz uma cartografia no interior dos processos de trabalho como o desenho de um mapa aberto, com muitas conexões, que transitam por territórios diversos, assume características de multiplicidade e heterogeneidade, sendo capaz de operar em alto grau de criatividade. O trabalho vivo sofre processos de captura pela normativa que hegemoniza o funcionamento do serviço de saúde, mas, ao mesmo tempo, sua capacidade rizomática, de abrir linhas de fuga e trabalhar com lógicas muito próprias, que são do próprio sujeito que opera o sistema produtivo, é capaz de encontrar novos territórios de significações, que dão sentido para, por exemplo, a produção do cuidado quando tratamos do caso da saúde (FRANCO, 2006b, p.460.).

Consideramos assim o desenvolvimento do trabalho vivo vital para os serviços de saúde no sentido de se construir uma nova forma de se trabalhar em saúde que potencialize a Resolubilidade desses serviços de saúde.

Quando o processo de trabalho em saúde é comandado pelo trabalho vivo, o trabalhador tem liberdade para ser criativo ao se relacionar com o usuário, experimentar soluções para os problemas que aparecem interagir e

inserir o usuário no processo de produção de sua própria saúde, fazendo-o sujeito e protagonista de seu processo saúde- doença (BRASIL, 2005).

A fala da entrevistada 31 diverge dos demais depoimentos, ao contextualizar a Resolubilidade, comprometendo-a, pois existe uma descontinuidade da assistência no PSF diante das necessidades apresentadas pelos usuários.

Os profissionais daqui dão atendimento, **mas na sequência a gente não tem essa resolutividade toda não**, é que nem aqui mesmo, na dentista mesmo, eu tô com um dente que tá cortando a minha gengiva, são os dois lados; e aí ela diz 'você tem que vir pra arrancar e aí eu arranco o dente' e aí ela diz só no próximo mês vem e marca a outra consulta para terminar o tratamento (E.31, Grupo II).

Esta visão desacreditada no serviço sem dúvida demonstra uma realidade vivenciada pela usuária que sente a dificuldade para ter a Resolubilidade das suas necessidades apresentadas.

Santos e col. (2007) no estudo *As Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil*, já sinalizava para as dificuldades encontradas pelos usuários no PSF, sobretudo no que se refere ao acesso às consultas odontológicas, destacando inclusive que o sistema de marcação é baseado na demanda espontânea, por meio de uma procura por consultas odontológicas, uma situação em que não há garantia de que os usuários conseguirão ser atendidos devido à limitação no número de consultas, impondo uma disputa injusta entre os usuários, que passam a chegar cada vez mais cedo, para garantirem esse acesso. Concretamente, vemos que tal serviço poderá ser caracterizado “excludente, conflituoso e de baixa resolubilidade” o que leva o usuário a procurar alternativas possíveis para ser atendido, “sentindo-se inseguro e abandonado na busca cotidiana pelo atendimento” (SANTOS e col., 2007, p.80).

Para alcançar a Resolubilidade no PSF, quer na Saúde Bucal, quer em qualquer serviço disponibilizado pelo Programa, é preciso mudar a lógica do atendimento, que perpassa pela ruptura do pronto atendimento, aquele originado apenas pela queixa do usuário; é preciso caminhar rumo ao

atendimento integral do usuário no sentido de alcançar a universalização do acesso, o atendimento integral com garantia da continuidade do seu atendimento iniciado na primeira consulta com avaliação do risco e marcação do retorno, quando necessário, balizados pela equidade na assistência.

Salientamos que essa situação é muito comum em muitas experiências de PSF uma vez que “o problema do acesso” ainda se constitui um nó na área de Saúde Bucal. Todos têm direito aos serviços, mas ainda não se consegue atender a todos no exato momento em que as necessidades dos usuários se apresentam aos serviços” (TRAESEL et al, 2004, p.155).

A realidade tem sido mostrada em vários estudos, dentre eles, o de Franco e Magalhães Júnior (2006) ao referir que muitos dos serviços operam centrados na oferta, isto é, há certos tipos de procedimentos e certas quantidades que são disponibilizados aos usuários, independente da necessidade apresentada. No nosso entendimento, é necessário mudar essa realidade e pensar no cuidado balizado na construção de **linhas do cuidado** a partir da constituição de fluxos seguros e garantidos, estruturados conforme projetos terapêuticos cuidadores.

Todavia os autores reforçam que desenvolver as linhas do cuidado e colocá-las operando nos serviços de saúde é uma inovação nas propostas assistenciais do SUS e uma experiência radical de integralidade na atenção à saúde. Portanto, para sua construção, é necessário a identificação dos diversos atores que controlam os recursos das linhas do cuidado a serem implantadas (Saúde do Idoso, Saúde Bucal, Saúde da Mulher, Saúde da Criança entre outros), a partir da constituição de um comitê gestor do qual deve participar tanto da organização quanto do funcionamento dos fluxos assistenciais de saúde, sustentados inclusive com um pacto para a construção da linha do cuidado

(...) a partir do `desejo`, adesão ao projeto, vontade política, recursos cognitivos e materiais, é o centro nervoso de viabilização da proposta, associado a toda reorganização do processo de trabalho em nível da rede básica. Elas se organizam com grande capacidade de interlocução, negociação, associação fina da técnica e da política, implicação de todos os atores dos diversos níveis assistenciais em um grande acordo assistencial (...) (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2006, p.131).

Entretanto, os autores ressaltam que é importante reconhecer que existe uma linha do cuidado operando internamente na Unidade Básica de Saúde, que passa a ganhar maior relevância se considerarmos que a maior parte dos problemas de saúde podem ser resolvidos neste nível de atenção, mas é fundamental a garantia de:

- a) disponibilidade de recursos que devem alimentar as linhas de cuidado, especialmente a ampliação da oferta pontual de atenção secundária e de regulação pública de toda rede prestadora do SUS, principalmente de seus Fluxos e contratos do setor privado;
- b) fluxos assistenciais centrados no usuário, facilitando o seu “caminhar na rede”;
- c) instrumentos que garantam uma referência segura aos diversos níveis de complexidade da atenção;
- d) serviços de contra-referência para as equipes da Atenção Básica, com fortalecimento do vínculo e acompanhamento permanente dos usuários sob cuidados da rede assistencial;
- e) determinação de que a equipe da Unidade Básica é responsável pela gestão do projeto terapêutico que será executado na linha do cuidado, garantindo acompanhamento do usuário, seguida de uma análise permanente das prioridades assistenciais para orientar os encaminhamentos;
- f) gestão colegiada envolvendo os diversos atores que controlam os recursos assistenciais;
- g) articulação da intersetorialidade como política estruturante na intervenção positiva também na questão dos processos de saúde-doença.

Diante de tais requisitos, acreditamos que a atenção resolutiva no PSF deverá assegurar pela garantia ao usuário as ações e/ou serviços que respondam às necessidades de saúde, e assim contribuir na produção do cuidado em saúde que passa pela reorganização do serviço e pela constituição de linhas do cuidado, levando-os à satisfação desse usuário individual/ coletivo.

Complementando os depoimentos até aqui apresentados, destacamos as falas dos entrevistados 2, 3, 6 e 12, que trazem uma concepção ampliada sobre Resolubilidade no PSF, apontando o trabalho em equipe, para garantir a Resolubilidade da atenção à saúde

Aqui todo mundo ajuda todo mundo porque é uma equipe, médica tá envolvida, a dentista tá envolvida, a enfermeira tá envolvida, a dentista tá envolvida, as técnicas estão envolvidas, até a menina da limpeza tá envolvida, aqui todo mundo ajuda todo mundo, se um não pode e outro pode, aí vai lá e tenta resolver pra que o paciente não saia sem ser atendido, todo mundo aqui ajuda todo mundo (E.2, Grupo I).

A gente tem uma parceria aqui dentro da unidade com os outros profissionais, com o enfermeiro e com a médica, que eu precisando, um paciente totalmente descompensado, hipertenso e diabético, eu tenho assim acesso a médica pra ela poder fazer uma consulta e também acompanhar esse paciente, pra ele poder voltar pra mim. A enfermeira, a mesma coisa com a gestante que volta e meia também encaminha uma gestante pra mim, então a gente trabalha (...) (E.6, Grupo I).

A equipe é muita amiga, muito amiga, a gente procura apoio em cada profissional, se o médico não pode, a gente fala com a enfermeira, se a enfermeira não pode, a gente fala com o dentista e assim a gente vai tentar resolver o problema (E. 12, Grupo I)

Os depoimentos (E.26 e E.32) também convergem os trabalhadores de saúde no sentido de que o atendimento no PSF ocorre em equipe

O trabalho aqui é na equipe, um vai seguindo com o outro como passagem (...) tem aquela pessoa que atende, tem o médico, tem a dentista é uma comunidade (...) (E.26, Grupo II).

Eles trabalham em equipe, sempre a gente observa isso, eles sempre precisam um do outro aqui na unidade eu sempre vejo (E.32, Grupo II).

Embora os depoimentos refiram sobre o trabalho em equipe no PSF estudado, contudo é notória uma divergência no *Relatório de Gestão 2005* (ALAGOINHAS, 2005- DOC 3), ao apontar, após levantamento de diagnósticos

realizados pela gestão ao longo dos cinco anos de gestão plena municipal embora o trabalho no PSF esteja orientado para equipes multiprofissionais, “(...) trabalha-se de maneira isolada, vertical, havendo grande dificuldade de se criar processo de trabalho interdisciplinar” (ALAGOINHAS, 2005, p.45).

Entendemos que o trabalho em equipe é uma das características cruciais para promover a reorganização do processo de trabalho no PSF e possibilitar uma mudança nas práticas de saúde com vistas a uma atenção mais resolutiva nesse Programa.

Porém, é importante que os membros das ESF compreendam a necessidade de articular uma nova maneira de desenvolver o trabalho em equipe com vistas à incorporação dos diferentes saberes para apreender e transformar o seu objeto de trabalho, que ao nosso ver, deve pautar-se nas necessidades dos usuários.

Peduzzi (1998), ao discutir o processo de trabalho em saúde, afirma que os profissionais de saúde que lidam com objetos de trabalho de intensa complexidade e dinâmica – na medida em que intervêm sobre questões referentes à vida e à morte – necessitam compreender e transformar esses objetos na esfera do trabalho

(...) e inter-relacionar variados conhecimentos e práticas, num processo que aponta na direção da multiprofissionalidade e da interdisciplinaridade (...) A primeira diz respeito à atuação conjunta de várias categorias profissionais, portanto ao mundo do trabalho; e a segunda, à integração de várias disciplinas ou áreas de conhecimento, tendo, assim caráter eminentemente epistemológico, que diz respeito sobretudo à produção do conhecimento (...) assim, uma prática multiprofissional não é decorrência direta de uma interdisciplinaridade ou mesmo de uma transdisciplinaridade se não houver uma integração também no plano dos saberes tecnológicos e práticos (PEDUZZI, 1998, p.61).

Concordamos com a autora ao se referir que as diversas áreas profissionais que trabalham coletivamente em equipes, integram em seus respectivos saberes a contribuição de diversas disciplinas ou ciências, assim como a prática cotidiana do trabalho compartilhado, poderá possibilitar a articulação do exercício concreto dos distintos saberes no enfrentamento do desafio na construção de caminhos de múltiplas dimensões dos seus objetos

de trabalho, os quais poderão potencializar o exercício cotidiano das práticas de saúde.

Por tanto, entendemos que é no exercício do trabalho multiprofissional que poderão se consolidar as relações e se desenvolver o trabalho em equipe, assumindo uma importante estratégia no PSF.

Já a **interdisciplinaridade** deve permear os saberes técnicos e saberes práticos dos trabalhadores Programa de Saúde da Família para expressar efetivamente o trabalho multiprofissional e o exercício cotidiano do trabalho coletivo, tendo em vista o desafio de se construir uma outra possibilidade de cuidar das pessoas individual e /ou coletivamente.

O depoimento a seguir de um Agente Comunitário de Saúde, expressa claramente que o trabalho no PSF em Alagoinhas ainda ocorre de maneira focalizada, sobretudo com alguns trabalhadores (enfermeira e médico) e não como um trabalho em equipe, aquele caracterizado pela interação e relação interpessoal, apesar da contradição “toda equipe está envolvida”.

Toda a equipe tá envolvida, mas principalmente nosso contato maior é com a enfermeira, ela que ajuda a gente a resolver os problemas da área, o contato maior é com ela, a gente trabalha em equipe, mais assim é uma equipe e tem algumas partes também tem o acompanhamento mais de perto da médica, por isso que a gente tem algumas reuniões pra gente elaborar como vai atuar e assim como a gente tem a resolutividade (E.3, Grupo I).

A observação direta do trabalho coletivo desenvolvido nas USF alvos da coleta de dados, permitiu-nos perceber que as ações no PSF continuam a ser realizadas isoladamente, por cada um dos trabalhadores da equipe, apesar de haver uma certa cooperação entre alguns deles (enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde).

Durante a coleta de dados, presenciamos uma situação de uma trabalhadora da limpeza da USF que faltou ao serviço por dois dias por motivo de saúde, e a equipe naquele momento (técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde) se responsabilizou pela limpeza da unidade para não prejudicar o atendimento na unidade.

A cooperação da qual tratamos aqui é entendida “como a realização conjunta de ações, a execução de trabalho em comum por mais de um agente,

a ajuda ou auxílio mútuo entre os profissionais na execução de uma atividade, porque houve o chamado para tal, ou espontaneamente” (PEDUZZI, 1998, p.151).

Outras situações que observamos, foi quando os trabalhadores buscaram ajuda entre si, sobretudo no pedido ao médico ou ao cirurgião dentista para atender acima da cota de consultas estabelecidas, diante da necessidade apresentada por alguns usuários em atendimento de urgência.

Partimos do pressuposto que a Resolubilidade no PSF depende de uma série de questões relacionadas ao serviço, do trabalho em equipe ou das parcerias que se processam para fora das USF – a **intersectorialidade**, que se apresenta como um novo arranjo para intervenção, podendo possibilitar a abertura de outros espaços de participação e a inclusão de novos atores sociais no processo de tomada de decisão no contexto do Programa de Saúde da Família.

A importância da intersectorialidade no trabalho desenvolvido no PSF foi destacada por dois entrevistados.

É lógico que resolver tudo não resolve, é por isso que a gente depende da intersectorialidade, porque a algumas coisas não cabe só ao PSF, a gente precisa, por exemplo, de educação da Secretaria de Educação, de segurança, então para que se possa resolver tudo dependemos muito da Intersectorialidade, dependemos de ajuda de outras pessoas (E. 3, Grupo I).

Aqui é assim né, aqui nós somos bem ligados, aqui nós temos o CRAS, temos a assistente social aqui dentro no bairro, tem a supervisora, a coordenadora da unidade que quase todo dia tá aqui, que se tiver algum material, se tiver alguma coisa de urgência ela já encaminha para Secretaria de Saúde (...) (E.13, Grupo I)

Como podemos ver, o trabalho no PSF deverá ter um caráter coletivo e intersectorial; por isso, algumas das suas ações têm uma inter-relação e uma interdependência com diversos setores responsáveis por políticas públicas no planejamento e na execução de ações para a solução de problemas sociais, dentre eles, os problemas de saúde.

Trabalhar com intersectorialidade é trabalhar articuladamente entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e

vontades diversos, para enfrentar problemas complexos. É uma outra forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas com o objetivo de possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população (BRASIL, 2009).

Neste sentido compreendemos que apesar dos diferentes setores já estarem presentes nos discursos das políticas sociais no Brasil, assumidos inclusive pelo SUS, eles não estão articulados na intersectorialidade, o que muito contribuiria na incorporação dos saberes e das experiências setoriais rumo à elaboração e implementação de projetos coletivos que podem produzir Resolubilidade no PSF.

Entretanto entendemos que trabalhar em equipe e de forma intersectorial, é muito mais que pedir a ajuda do outro ou se reunir para resolver problemas em conjunto, é, sobretudo, compartilhar experiências em prol do usuário, é solidarizar-se com o outro para encontrar o caminho, é responsabilizar-se coletivamente pelo usuário do serviço e os grupos sociais mais vulneráveis.

No outro aspecto apontando para a Resolubilidade do PSF é o **acolhimento** trazido pelos trabalhadores como um dispositivo necessário ao processo de trabalho da ESF, a partir da escuta qualificada das necessidades e de uma postura acolhedora no encontro com os usuários das USF.

Assim o Acolhimento em um sistema municipal de saúde

(...) significa a humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas. Diz respeito, ainda, à escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, dando-lhe sempre uma resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução do seu problema. Por consequência, o Acolhimento deve garantir a resolubilidade que é o objetivo final do trabalho em saúde, resolver efetivamente o problema do usuário. A responsabilização para com o problema de saúde vai além do atendimento propriamente dito, diz respeito também ao vínculo necessário entre o serviço e a população usuária (SOLLA, 2005, p.495).

Nesta perspectiva, o acolhimento possui uma definição abrangente do ponto de vista conceitual e está intimamente relacionado à Resolubilidade

nas práticas dos trabalhadores de saúde e na organização dos serviços de uma forma geral.

Outrossim, ao avaliarem a Atenção Básica sob a ótica da integralidade, Silva Júnior e Mascarenhas (2005) concebem o acolhimento em três dimensões: como postura, como técnica e como princípio de reorientação dos serviços.

Na primeira dimensão do **acolhimento enquanto postura** profissional pressupõe

(...) a atitude por parte dos profissionais e da equipe de saúde, de receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas demandas. É estabelecida assim, uma relação de mútuo interesse, confiança e apoio entre os profissionais e usuários. A postura receptiva solidariza-se com o sofrimento ou problema trazido pelos usuários, abrindo perspectivas de diálogo e de escuta as suas demandas (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2005, p.245).

Sinalizam também para a exigência da escuta estabelecida nas relações entre usuários e trabalhadores de saúde, visto que é necessário conhecer quem está falando e sobre o que se fala, pois esse usuário é um sujeito singular, com individualidade.

Neste aspecto em especial, chamam ainda atenção sobre a amplitude do acolhimento nas relações intra-equipe e equipe-usuário que, conseqüentemente, estão imbricadas com as interações que se estabelecem dentro de uma rede de conversações entre os trabalhadores e usuários do serviço de saúde. Para tanto, é preciso que esses trabalhadores de saúde incorporem a escuta e a conversa com os usuários enquanto instrumentos de trabalho, a partir de relações democráticas, que estimulem participação, autonomia e decisão coletiva numa outra perspectiva de práticas sanitárias.

Nas falas dos entrevistados 1, 7 e 23 o acolhimento é caracterizado enquanto **uma postura do profissional** (escutar a necessidade do usuário, 'uma palavra amiga', não é só receber, orientar'...), que poderá potencializar a Resolubilidade no PSF.

O acolhimento é a partir do momento que você coloca os pés na frente do posto, a maneira de você dar um bom dia você já está acolhendo o paciente, você entrar na unidade você já

acolhe (...) acolher é você escutar a necessidade do paciente, é você parar e escutar, é por isso que eu falo tem que ter muita paciência, muita calma nessa hora, por que uns vêm com tranqüilidade, outros vêm reclamando, se queixando querendo ser atendido é por isso que a gente tem que escutar a necessidade dela e a partir daí a gente fazer uma análise da necessidade dele (...) (E. 1, Grupo I).

Um probleminha às vezes tão delicado, simples, até numa palavra resolve o problema, mas já tem casos que só mesmo o médico (...) Por mais que a gente queira, vamos supor a população é grande, técnicos poucos, então pra que a gente chegar a ouvir esses pacientes, às vezes alguns chegam assim e dizem eu quero falar com você em particular e as vezes não é nada de atendimento e sim uma palavra amiga. Tudo vai em cima de tudo o acolhimento, é ouvir não tem outra saída (E. 7, Grupo I).

A Resolutividade começa desde o acolhimento, da entrada de quando o paciente chega que o acolhimento 'não é só você receber e orientar', é você tentar resolver o que ele veio buscar na unidade (...) (E.23, Grupo I).

Os depoimentos dos usuários (E.27 e E.31) por sua vez divergem destes trabalhadores ao relatarem experiência de não acolhimento com o serviço, destacada a seguir:

(...) agora mesmo eu tô com meu menino lá que tá com catarro no peito, eu fiquei pensando de perguntar aí se tem aquela bombinha [aparelho de nebulização], mas eu fico até cabreira de perguntar porque nem o médico tá aí nem a enfermeira, aí eu fico cabreira, de eles não gostarem (...) o médico nunca chega no horário, nunca atende naquele horário e tudo na frente esperando e quando chega em cima do horário senta nessa sala e fica olhando papel e nem fala com as pessoas (...) o médico assim ele não examina a criança, ele não examina, ele só fica sentado na mesa de cabeça baixa, escrevendo e mordendo o canto da língua, que ele tem essa mania e nem fala direito com a gente, parece que a gente não ta nem ali (E.27, Grupo II).

Eles acham bom, né, só que a gente de fora não acha nada disso, assim eles acham que atendem direito, que eles são umas pessoas legais, olha eu não tenho nada que falar deles, mas são lentos demais, e não explicam direito pra gente (E.31, Grupo II).

Tais depoimentos explicitam que embora os trabalhadores reconheçam o acolhimento enquanto dispositivo necessário ao cuidado, na

prática os usuários têm encontrado barreiras no acesso à informações e ao cuidado em si, caracterizando-se como falta de acolhimento.

Compreendemos, assim, que o exercício do acolhimento enquanto postura profissional deve permear as relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários no PSF no sentido de melhorar a qualidade do atendimento e resolubilidade do serviço.

O **acolhimento como técnica** por sua vez, instrumentaliza a geração de procedimentos e ações organizadas que facilitam o atendimento na escuta, na análise, na discriminação do risco e na oferta acordada de soluções ou alternativas aos problemas demandados (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2005).

Exemplificamos na prática diante da nossa observação em uma determinada Unidade de Saúde da Família pesquisada o acolhimento é considerado como uma questão eminentemente mecânica e tecnicista, reforçada no depoimento a seguir:

toda a equipe participa, toda a equipe, cada um, tem as técnicas mesmo tem o caderno de acolhimento, tudo que acontece eles anotam e passam para a doutora, passam para enfermeira, para o dentista e aí passa pra gente (...) aí tudo que acontece um passa para o outro, um trabalho de equipe (E.4, Grupo I).

A equipe dessa USF realmente mencionou a existência do acolhimento na unidade e declarou que existe um “caderno de acolhimento” aonde são anotadas as necessidades dos usuários que comparecem a unidade. De acordo com os trabalhadores de saúde é realizado uma vez por mês uma reunião de equipe quando se avaliam as anotações contidas nos cadernos para organizarem a agenda dos trabalhadores (médico e enfermeira) com base nas necessidades, que muitas vezes, se resume em consulta médica.

Todavia, ressaltamos que durante o período de observação nessa USF a prática do acolhimento se caracteriza de forma focal e limitada, sobretudo referente as consultas mencionadas pelos usuários, de maneira que ocorre apenas a mudança do foco da marcação que sai das filas e passa para “os cadernos” mas continuam apresentando uma grande demanda reprimida.

Em relação ao **acolhimento enquanto princípio de organização de serviços**, Silva Júnior e Mascarenhas (2005) referem que tal dimensão do acolhimento detém uma proposta, um projeto institucional para nortear todo o trabalho realizado pelo conjunto dos agentes e a política de gerenciamento dos trabalhadores e da equipe.

A proposta de trabalho para o serviço orienta desde o padrão da composição de trabalho na equipe, o perfil dos agentes buscados no processo de seleção, a capacitação, os conteúdos e as características operacionais da supervisão e da avaliação de pessoal.

Enquanto uma etapa deste processo, o acolhimento pode funcionar como

(...) um dispositivo a provocar ruídos sobre os momentos nos quais o serviço constitui seus mecanismos de recepção aos usuários, enquanto certas modalidades de trabalho em saúde que se centram na produção de um mútuo reconhecimento de direitos e responsabilidades, institucionalizados pelos serviços de acordo com determinados modelos de atenção à saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999, p.346).

Ao conceberem o acolhimento como uma etapa do conjunto do processo de trabalho que o serviço realiza na sua relação como o usuário, os autores fazem uma análise que colocam em evidência as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os usuários estão submetidos nas suas relações com “o quê” os modelos de atenção constituem como verdadeiros campos de necessidades de saúde para si.

Para Franco, Bueno e Merhy (2006) o acolhimento apresenta a possibilidade de argüir sobre o processo de produção da relação usuário-serviço sob o olhar específico da acessibilidade, no momento das ações “receptoras” dos “clientes” de certo estabelecimento de saúde.

Neste aspecto, o acolhimento é uma forma de relação entre o serviço/usuário com escuta qualificada para desvelar as necessidades dos que buscam a USF para uma produção do cuidado com responsabilidade, solidariedade e compromisso. Tal entendimento requer que percebamos o usuário que adentra à unidade de saúde a partir de suas necessidades de condições de vida, de vínculo entre o serviço e os trabalhadores que produzem

o cuidado, de autonomia no seu modo de viver a vida e de sua queixa biológica que o levou a procurar o serviço de saúde, de ser alguém singular (FRANCO e col. 2009).

O *Relatório de Gestão 2005* (ALAGOINHAS, 2005-DOC.3) traz o acolhimento e a responsabilização enquanto diretrizes para aumentar a capacidade da rede básica de resolver problemas de saúde (individuais ou coletivos) para implementação de um novo modelo de atenção à saúde.

No referido documento, o Acolhimento e Responsabilização “são conceitos amplos e que exigem mudança de postura em todo o sistema de saúde, no sentido de receber os casos e de responsabilizar-se de modo integral por eles” (ALAGOINHAS, 2005, p.50).

Para tanto, acolher...

é receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela. Desenvolver maneiras adequadas de receber os distintos modos com que a população busca ajuda nos serviços de saúde, respeitando o momento existencial de cada, um sem abrir mão de colocar limites (ALAGOINHAS, 2005, p.50).

Além da compreensão ampliada aqui colocada, o referido Relatório de Gestão destaca o acolhimento num sentido mais restrito que diz respeito à capacidade do serviço de garantir o acesso aos usuários a partir da qualificação da recepção das unidades de saúde, sugerindo que a recepção nas USF deverá ser técnica e não administrativa, permitindo a avaliação clínica dos casos durante todo o horário de funcionamento do serviço, de forma que a ordem de chegada não deva ser o principal critério para o atendimento dos casos, e sim a gravidade ou o sofrimento do paciente/usuário.

No que tange as atividades do acolhimento em relação ao acesso é destacada a necessidade da avaliação de risco e as necessidades de saúde caso a caso, a partir da resolução dos casos conforme capacidade técnica do serviço e encaminhamentos dos examinados de acordo com a gravidade e a disponibilidade para atendimento na própria unidade de saúde ou em serviços de referência, com responsabilização pelo sucesso do encaminhamento.

Observamos, contudo, que a implantação do acolhimento no PSF de Alagoinhas não aconteceu na prática como preconizado no *Relatório de*

Gestão 2005 (ALAGOINHAS, 2005- DOC 3). Por conseguinte, é necessária a sua implementação, para que se possa substituir o atual modelo de acesso das USF que, no tocante a consultas médicas e odontológicas, permanecem sob o critério da fila e não das necessidades de saúde dos usuários que procuram a USF.

Compreendemos o acolhimento enquanto um dispositivo utilizado para garantir acesso com equidade, eliminar as filas, promover o debate sobre as agendas dos profissionais de saúde, de forma a explicitar e disponibilizar as diferentes ofertas existentes nas Unidades de Saúde da Família. Neste sentido, o acolhimento se apresenta como um importante dispositivo de reorganização do processo de trabalho dentro do PSF.

Outrossim Merhy (1994), ao discorrer que sobre o acolhimento o traduz numa relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço como um todo têm que estabelecer com os diferentes tipos de usuários que eles aportam.

Dentro dessa perspectiva ele coloca que é preciso refletir como têm sido as nossas práticas nos diferentes momentos da relação com os usuários, seja nas portarias, nas recepções, nos consultórios. Como estamos nos posicionando com os usuários? De forma fria ou distante? Estamos produzindo acolhimento?

Entendemos o Acolhimento, em primeiro lugar como a possibilidade de universalizar o acesso, abrir as portas da unidade a todos os usuários que dela necessitarem. E ainda como a escuta qualificada do usuário, o compromisso com a resolução do seu problema, dar-lhe sempre uma resposta positiva e encaminhamentos seguros quando necessários. (FRANCO; MERHY, 2006, p.84).

O acolhimento é trazido, portanto, como parte fundamental no processo de criação de vínculo e sobre a responsabilidade e compromisso que a equipe estabelece com cada usuário e os seus problemas.

Diante disso percebemos que o acolhimento, além de uma ferramenta crucial para a produção do cuidado em saúde, atua como um disparador para produção de vínculos e responsabilização entre trabalhadores e usuários.

Assim criar vínculos implica em...

... ter relações tão próximas e tão claras, que nós nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, daquela população. É permitir a constituição de um processo de transferência entre o usuário e o trabalhador que possa servir à construção da autonomia do próprio usuário. É sentir-se responsável pela vida e pela morte do paciente, dentro de uma dada possibilidade de intervenção nem burocratizada, nem impessoal. É ter relação, e integrar-se, com a comunidade em seu território, no serviço, no consultório, nos grupos, e se tornar referência para usuário, individual ou coletivo (MERHY, 1994, p.138).

Ter vínculo, portanto, implica em responsabilização, que deve ser encarada como atitude profissional e significa assumir a responsabilidade diante do problema/necessidade do paciente, assegurando indicação e garantia dos caminhos a serem percorridos de forma responsável e respeitosa com a vida do outro.

Para Franco e Merhy (2005), o Vínculo baseia-se no estabelecimento de referências dos usuários a uma dada equipe de trabalhadores, e a responsabilização destes para com aqueles, no que diz respeito à produção do cuidado. A Autonomização significa ter como resultado esperado da produção do cuidado, ganhos de autonomia do usuário para “viver a vida”.

Os usuários descrevem situações em que destacam o **vínculo e responsabilização** na produção do cuidado no PSF de Alagoinhas-BA.

Mas graças a Deus, a equipe que está aqui tentando ajudar a gente, tenta ajudar da forma possível (...) da melhor forma possível eles tentam nos ajudar (E.25, Grupo II).

Olha a agente comunitária que vai nas portas (...) ela é ótima pessoa, porque meu menino estava bem doentinho um dia desse, ela não tem nada o que fazer na minha casa, mas ela vai lá saber como o menino tá, ele tá bem melhor, ela vai lá explicar o que eu tenho que fazer se ele piorar (...) (E. 27, Grupo II).

Hoje mesmo foi o meu primeiro dia né, eu não vim na questão de ser atendida por médico, eu vim só verificar minha pressão, mas quando eu cheguei aqui minha pressão tava lá em cima, elas não deixaram eu ir me embora, disse que tinha médico na rede e que eu tinha que ficar pra ser atendida pelo médico (E.29, Grupo II).

Outrossim, há também convergências em alguns depoimentos dos trabalhadores de saúde sobre **Responsabilização e vínculo** diante das necessidades apresentadas pelos usuários.

(...) a médica marca as consultas dos hipertensos, diabéticos e idoso e a gente vai até a casa deles levar, avisar o dia dessa marcação, o dia de atendimento deles, pra eles irem ser atendidos (...) a gente também vai avisar que a medicação chegou (...) se o paciente não pode vir até aqui, se é um idoso, um deficiente, um acamado, e ele não pode vir até aqui pegar a medicação, a gente leva a medicação até lá (...) se é um que pode a gente vai lá avisar que a medicação chegou né (...) a gente vai avisar da marcação de dentista, sobre o dia que vai ter a marcação para o dentista, a gente vai avisar sobre a campanha de vacina, vai orientar a mãe a trazer a criança para vacinar. A gente cuida da saúde deles né, de qualquer maneira nós somos responsáveis por eles (E.2, Grupo I).

(...) quando chega assim passando mal, aí a doutora atende direitinho (...) mesmo assim passando dos atendimentos dela ela atende, os que estão marcados espera e ela atende (...) ela atende as urgências. Aqui está é bom, é assim que a gente trabalha em prol do paciente (...) (E.5, Grupo I).

Acreditamos portanto, que o trabalho, quando está pautado no estabelecimento do vínculo, laços de compromisso e responsabilização entre trabalhadores e usuários do serviço, tende a ampliar a eficácia das ações e favorecer as relações entre os sujeitos que passam cada vez mais a guiar-se pelo trabalho vivo, dando possibilidade ao trabalhador ser criativo e gerar autonomia tanto para os trabalhadores quanto para os usuários, “pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja” (SCHIMITH; LIMA, 2004, p.1488).

Partindo desse pressuposto, a Resolubilidade do Programa Saúde da Família estaria, portanto, ligada ao recurso instrumental e conhecimento técnico dos trabalhadores, mas também ao acolhimento estabelecido com o usuário, ao significado que se dá na relação profissional/usuário, que sugere o encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo da saúde (FRANCO; MAGALHÃES JR., 2003).

Diante dos aspectos aqui colocados, acreditamos que o acolhimento no PSF de Alagoinhas deve ser pensado enquanto dispositivo de mudança,

permeando todo o processo de trabalho, que inclusive, poderá influenciar na organização dos serviços de saúde.

Os entrevistados 2, 3 e 11, identificam não só a dependência de outros setores para dar a Resolubilidade às necessidades demandadas pelos usuários do PSF de Alagoinhas, mas também reconhecem o limite da capacidade resolutiva do Programa.

A gente sabe que muita coisa é feita, muita coisa é resolvida, mas que também ainda precisa também de muita coisa, porque também a gente sabe que a gente não tem condições de resolver tudo né (...) (E.2, Grupo I).

Olha eu acho que hoje, ele está conseguindo dar essa resolubilidade em alguns problemas porque nem todos dependem daqui do PSF né, como eu já havia falado antes, tem pessoas que precisam ir pro especialista e o especialista não depende do PSF, então aqui na unidade tudo que tá dentro da unidade eu acredito que está sendo resolvido (E.11, Grupo I).

O PSF faz o que pode, por que assim a equipe faz a parte dela, mas tem a parte das coisas que não depende daqui da equipe, por exemplo, tá faltando uma medicação, a equipe não pode dar uma resposta boa se ele não manda a medicação, como passou muito tempo aqui sem ter o anticoncepcional, e aí as mulheres brigam, eu não tenho dinheiro pra comprar e se eu engravidar, eles não bota na mente que a equipe não tem culpa se ela vai engravidar por que não tem a medicação, por a equipe não tem como comprar a medicação pra dar, então acontece isso (E.9, Grupo I).

A partir dos depoimentos apresentados, compreendemos que a Resolubilidade não depende apenas do serviço em si, uma vez que existem outros determinantes do sistema (redes assistenciais articuladas com complementaridade de serviços, reorganização dos processos de trabalho, recursos materiais) para que possa ocorrer de fato.

De um lado podemos considerar a Resolubilidade com um dispositivo independente, quando falamos da responsabilização, acolhimento, vínculo, e, portanto possível de ser alcançada em um serviço/ atendimento na relação entre trabalhador e usuário. Por outro lado, quando mostra-se um

dispositivo dependente, a Resolubilidade do serviço fica na dependência de outros setores.

Considerando tais aspectos, acreditamos que seja necessário valorizar uma mudança de atitude do trabalhador diante do usuário, numa que valorize as tecnologias leves, a partir de uma melhor compreensão das suas necessidades para assim potencializar a capacidade de intervenção no PSF.

Muitas vezes presenciamos que o que leva os usuários a procurarem os serviços de saúde nem sempre é a busca de um procedimento ou ação clínica. As suas necessidades de saúde podem, na maioria das vezes, serem solucionados com uma simples conversa através de uma escuta qualificada, seja numa ação coletiva, seja numa simples orientação, levando à Resolubilidade da produção do cuidado.

A construção de uma intervenção mais resolutiva implica numa abordagem mais integral dos problemas de maneira interdisciplinar que possa dar respostas às várias dimensões dos problemas apresentados, muito para além das ações individuais.

Para tanto, concordamos com Merhy (1994) que ter ação resolutiva

não se limita a ter uma conduta, mas, além disso, colocar a possibilidade de usar tudo que se dispõe para eliminar o sofrimento e as causas reais do problema do paciente. É colocar a disposição do paciente toda a tecnologia disponível a fim de se conseguir o diagnóstico e o tratamento adequado a cada caso, a fim de abordar a dimensão individual e coletiva dos problemas de saúde. Implica em criar um processo que tenha como desdobramento uma alteração do quadro do usuário e uma satisfação do mesmo (MERHY, 1994, p.139).

Ao refletirmos sobre tal citação, nos dá a possibilidade de compreendermos que nem sempre será possível construir uma intervenção finalística ao problema do usuário no PSF, isso implica dizer que existirão situações em que os trabalhadores dependerão de outras instâncias, ou seja, outros recursos tecnológicos para garantir o tratamento adequado ao usuário, mas, nem por isso, o serviço deixará de ser resolutivo.

O *Relatório de Gestão 2005* (ALAGOINHAS, 2005-DOC 3) como ponto de fragilidade do Sistema Municipal de Saúde destaca a pouca Resolubilidade da rede como um todo e a prática de uma clínica de baixa

capacidade de resolver problemas, mas faz uma ressalva que para aumentar a capacidade de resolver problemas da rede básica, há que se fazer a uma reformulação do processo de trabalho nas unidades a partir da prática da Clínica ampliada.

A Clínica ampliada numa dimensão em que se considera que todo profissional de saúde que atende ou cuida de pessoas, realiza clínica, havendo portanto, várias modalidades de clínica: a do enfermeiro, do psicólogo, do médico (...) Clínica ampliada com uma redefinição (ampliada) do “objeto”, do objetivo e dos meios de trabalho da assistência individual, familiar ou a do grupo (ALAGOINHAS, 2005, p.47).

A prática da Clínica Ampliada busca superar a clínica tradicional que toma como o objeto somente a doença, e de meios diagnósticos para proceder uma intervenção terapêutica, que, na maioria das vezes, se resume a uma queixa-conduta e com pouca capacidade resolutiva.

Para potencializar a Resolubilidade no PSF deve ampliar os meios de trabalho a partir de uma intervenção que valorize o sujeito numa abordagem subjetiva com uma escuta qualificada, atitude acolhedora e a utilização com maior frequência de técnicas de prevenção, de educação em saúde sem, contudo, negar o espaço singular dos vários tipos de Clínica.

Os entrevistados 24, 25 e 29 trazem uma complementação a esta concepção ao destacarem as dificuldades encontradas pelos trabalhadores para garantir a Resolubilidade.

Eles não conseguem resolver os problemas (...) não conseguem (...) os recursos que elas têm aqui é muito pouco pra resolver os problemas da gente e não são muitos os problemas (E.24, Grupo II).

Eu acho que eles tentam resolver os problemas, mas não têm facilidade pra eles não [para os profissionais] (...), dentro do clima aqui do posto não tem facilidade pra eles (...) elas se acabam pra tentar resolver (...) muitas vezes eu acho que houve até desaforo por parte dos próprios pacientes, devido muitas vezes os pacientes não saberem que não dependem delas, dependem de também outras pessoas (...) (E.25, Grupo II).

É, pra mim o posto tá atendendo dentro da condição deles, e desde que eu comecei a freqüentar o posto eu não tenho nada

o que reclamar de nada, nada, as meninas trabalha bem, trabalha alegre, satisfeita, e às vezes assim falta médico, mas não por elas entendeu, por questão de faltar médico mesmo nos postos, aí agora quem sabe responder é a prefeitura municipal (E.29, Grupo II).

Cabe, aqui, uma reflexão importante relativa à responsabilidade da Atenção Básica e da sua capacidade resolutive. As Unidades de Saúde da Família deverão diminuir a demanda das outras redes de atenção à saúde, “desafogando” as unidades de maior complexidade, uma vez que só devem ser encaminhados para essas unidades usuários em situações para as quais não há resposta no primeiro nível de atenção à saúde.

Cecílio (1997), ao discutir modelos de atenção, destaca que a rede básica de serviços ainda não conseguiu se concretizar como “porta de entrada”, cujo papel ainda está por conta dos hospitais, públicos ou privados, por meio de serviços de urgência e emergência e dos seus ambulatorios, constatado a partir de levantamentos realizados a respeito do perfil de morbidade da clientela dos prontos socorros, que deveria ser atendida no nível das unidades básicas por demandarem procedimentos de caráter considerados mais “simples”. Distorção essa que também pode ser encontrada nos ambulatorios dos serviços especializados.

Quando levantamos a questão da Resolubilidade no serviço, estamos reforçando a sua capacidade de dar respostas efetivas às necessidades dos usuários através dos seus recursos diagnósticos e terapêuticos que possam eliminar ou diminuir os sofrimentos e riscos e promover a saúde dos indivíduos.

Concomitante ao que potencializa a Resolubilidade do serviço é a possibilidade de articulação e complementaridade com outras unidades de saúde para garantir a continuidade da assistência. Neste sentido concordamos com Cecílio (1997), quando atribui à rede básica de saúde, a missão de reconhecer os grupos vulneráveis de sua área de atuação e a responsabilidade de garantir atendimento adequado a todas as pessoas, principalmente àquelas com maior risco de adoecimento e morte. Para tanto, suas principais atividades devem envolver: a delimitação e o conhecimento do seu território; a prestação de atendimento direto às pessoas componentes dos grupos mais vulneráveis; o

funcionamento articulador e competente do acesso das pessoas aos recursos de tecnologia mais complexos dentre outros.

No entanto, vemos a importância de se discutir com os usuários do PSF a disponibilidade dos recursos das USF para dar respostas efetivas as suas demandas com o esclarecimento das possibilidades de intervenção estabelecida numa relação de confiança e de responsabilização mútua.

Os recursos a serem disponibilizados na atenção a saúde no PSF não devem estar restrito aqueles tradicionais como consulta com especialista e exames diagnósticos, mas sobretudo, aqueles provenientes da Clínica ampliada, com gestão compartilhada entre os membros da equipe.

Desse modo, os trabalhadores devem adequar-se ao atendimento das necessidades e não os usuários serem enquadrados no pacote de ofertas de serviços da USF. Portanto, a prática exercida pelos trabalhadores deve ser singularizada para cada situação através da resignificação das necessidades dos usuários que precisam de uma intervenção no momento, ou se necessita de acompanhamento, outros recursos alternativos ou encaminhamento.

A capacidade resolutiva do serviço está também relacionada com o **compromisso**, bem como a **capacidade técnica dos trabalhadores** que atuam no PSF, conforme os depoimentos dos entrevistados a seguir.

Fazer resolução no PSF, tem que ser uma pessoa capacitada pra tal, então o médico PSF, o perfil do médico PSF tem que ser aquele perfil que tenha noção desde o nascer até a velhice, então você tem que ter conhecimento de como tratar uma criança, como tratar um idoso, tem que ter um pouco de humanização, tem que saber um pouco de cada infância, a adolescência, você tem que saber tratar uma gestante, com um pouco de obstetrícia, ginecologia, é um conhecimento clínico né, então tem que ser pra mim, o método PSF deveria ter um bom clínico, um bom clínico, uma boa formação com certeza, ele vai ter um bom desempenho dentro do PSF (E.16, Grupo I).

A resolutividade depende muito do compromisso, que pra fazer Saúde Pública pra trabalhar com PSF, tem que ter perfil e compromisso, se não já era de toda equipe, é um trabalho diferente que além de toda parte de atenção de atendimento você tem a parte burocrática certo, aqui há cada 4 meses eu estou aqui com o coordenador da unidade, 5 meses, a cada 4 meses aqui roda, então além dessa parte tem também essa parte pra poder ver essa parte administrativa toda (E.23, Grupo I).

Os entrevistados 16 e 23 concebem a Resolubilidade relacionada a um conjunto de características necessárias ao médico que atua no PSF (capacidade técnica, perfil para trabalhar no PSF e boa clínica) e, sobretudo a necessidade do compromisso. Referem também o trabalho em equipe como componente indispensável no PSF.

Reconhecemos também a importância da formação técnica especializada seja do médico ou outro membros da equipe para trabalhar no PSF, apesar da influência do perfil profissional dos trabalhadores que atuam no Programa ser um dos aspectos importantes, rumo à melhoria na qualidade do atendimento prestado.

Franco e Merhy (2006, p.107) ao discutirem esta questão referem que

O PSF mitifica o generalista, como se este profissional, ou melhor esta 'especialidade' médica conseguisse por si só implementar novas práticas de saúde na população. Sabe-se que qualquer serviço de saúde necessita de dispositivos que mexam na micropolítica do processo de trabalho, e façam que as tecnologias leves sejam as determinantes do processo de produção de produção de saúde, para lhe mudar o perfil assistencial.

Entretanto, a mudança da prática médica não ocorre apenas com a mudança do perfil técnico do profissional médico, seria mais adequado portanto,

um modelo de assistência que absorvesse com mais naturalidade estes profissionais, inserindo-os em novas práticas, dando-lhes oportunidades de adquirir novos conhecimentos e operar novos fazeres. Isto seria a construção de sujeitos plenos, capazes de liberar sua energia criativa no trabalho vivo que cada um é capaz de operar em outra modelagem assistencial (FRANCO; MERHY, 2006, p.8)

Do total de 23 trabalhadores entrevistados, 16 trabalhadores faziam o Treinamento Introdutório do PSF, um processo de capacitação que prevê a integração das equipes e a compreensão do objeto de trabalho dos trabalhadores. Acredita-se que a partir do Treinamento Introdutório os trabalhadores estão habilitados tecnicamente para intervirem concretamente no cotidiano do trabalho no PSF.

Salientamos contudo, que para promover um outra forma de atuar no PSF, é preciso apostar em formação de trabalhadores e em processos de Educação Permanente para operar a transformação dos trabalhadores de saúde em sujeitos, articulando vários saberes tecnológicos que possibilitem a formação de interlocutores capazes de defenderem e concretizarem o modo de organizar e fazer saúde no Programa Saúde da Família.

Ultrapassar o âmbito individual e clínico exige mudanças na maneira de atuar e na própria organização do trabalho e demanda alta complexidade de saberes. Cada trabalhador precisa desempenhar um processo de trabalho coletivo, cujo resultado deve ser a consequência de um trabalho que é realizado de forma completa a partir da contribuição específica das diversas áreas profissionais ou de conhecimento.

Para realmente ultrapassar o âmbito individual e clínico, é necessário conhecer e analisar o trabalho, verificando as atribuições específicas e do grupo, na unidade, no domicílio e na comunidade, como também compartilhar conhecimentos e informações.

Os conceitos de campo e núcleo são especificados por Campos (2005) de modo combinar a necessidade de polivalência e especialização, e de conciliar autonomia com responsabilidade. O Núcleo é entendido como o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos de cada profissão ou especialidade; já o Campo, ter-se-iam saberes e responsabilidades comuns e confluentes a várias profissões ou especialidades. Todo o saber básico, por exemplo, sobre o processo de saúde-doença (LOCH-NECKEL, 2009).

Franco e Merhy (2007) referem que os trabalhadores de saúde, incluindo o médico, podem ser potentes dispositivos de mudanças dos serviços assistenciais. Para que isso ocorra, é necessário constituir uma 'nova' ética entre aqueles mesmos profissionais, baseados no reconhecimento que os serviços de saúde são, pela sua natureza, um espaço público, e que o trabalho nesse lugar deve ser presidido por valores humanitários, solidariedade e reconhecimento de direitos de cidadania em torno da assistência à saúde. Portanto, para se constituir um 'novo' modelo assistencial, isso pressupõe a formação de uma nova subjetividade entre os trabalhadores que perpassa seu arsenal técnico utilizado na produção de saúde.

Enfim, a discussão sobre atos de cuidar, trazida por Merhy (1998) ressalta o que contribui ainda para a baixa resolutividade na rede básica, a partir do exercício hegemônico de uma Clínica centrada no ato prescritivo e na produção de procedimentos, em ação substitutiva da prática que valoriza a Clínica como o exercício ampliado de múltiplos profissionais, em relação entre si e com o usuário.

O exercício da clínica, traduzido em atos de fala, escuta, onde o diagnóstico ganha a dimensão do cuidado, foi sendo ao longo do tempo, substituído pelo ato prescritivo e pela relação sumária entre profissional e usuário. O atual modelo assistencial se desenvolveu ao longo do século XX, motivado por uma clínica centrada no biológico e impulsionada pelo complexo médico industrial, que mantém a acumulação de capital no setor da saúde, através do altíssimo consumo de máquinas, instrumentos e medicamentos, usados como os principais recursos de diagnose e terapia. Assim, concretamente o descuidado gera o excesso de encaminhamento para especialistas e alto consumo de exames, o que tornam os serviços pouco resolutivos, pois a assistência desse modo é incapaz de atuar sobre as diversas dimensões do sujeito usuário (CAMPOS, 1992; MERHY, 1998; FRANCO; 1999), prevalecendo um processo de trabalho que desconhece o sujeito pleno, uma vez que ignora além de um problema de saúde, certa subjetividade, uma história de vida, que são também determinantes do seu processo de saúde e doença.

Todavia compreendemos que a transformação no modo de organizar e de produzir cuidado em saúde com a Resolubilidade não é automática; está sendo construída cotidianamente uma outra práxis. Nenhuma proposta de mudança é capaz de romper uma cultura institucional. A mudança é processual, cotidiana.

4.2 Produção do Cuidado em Saúde no PSF: uma “outra” práxis de organização do trabalho em saúde?

Esta categoria de análise traz uma discussão sobre a organização do trabalho no PSF a respeito das práticas de saúde desenvolvidas pelos trabalhadores das USF do município de Alagoinhas – BA para que possamos

compreender o processo de trabalho no Programa diante de uma outra dinâmica de organização de serviços com vistas à produção do cuidado em saúde com a Resolubilidade da atenção à saúde individual e coletiva.

Para tanto, num primeiro momento, faremos uma breve descrição da organização do sistema de Saúde de Alagoinhas, contextualizando historicamente o PSF na rede de atenção à saúde e as práticas construídas pelos trabalhadores articuladas à oferta de serviços que compõem o PSF, com base no modelo de gestão implementado no SUS municipal à luz das visões de mundo dos diferentes sujeitos integrantes desse cenário, complementado com os dados expressos nos documentos oficiais e observações da pesquisadora no campo de estudo.

Ao analisarmos a história do PSF em Alagoinhas, percebemos que o Programa, embora tenha sido implantado no município de forma incipiente em 1998, foi a partir de 2001, que ao incorporar os princípios do SUS surge como importante estratégia de reorganização da Atenção Básica municipal, juntamente com o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O estudo *Financiamento e gasto do Programa de Saúde da Família (PSF): limites e possibilidades um estudo de caso no município de Alagoinhas-BA, 2005*, (SOUZA, 2005) vem reforçar tal ascensão do Programa enquanto estratégia de organização da rede de serviços de saúde quando em 1998 foram implantadas as duas primeiras equipes de Saúde da Família (ESF) no município, permanecendo este número até 2000.

A partir de 2001, tendendo a um crescimento ascendente são registradas 14 ESF, 16 equipes em 2002 e 21 equipes em 2004. Este crescimento das Equipes de Saúde da Família possibilitou uma cobertura de 48,8% da população assistida pelo PSF, como pode ser visualizado na tabela 1.

Tabela 1 Distribuição do número de Equipes de Saúde da Família (ESF) implantadas no período de 1998 a 2004, Alagoínhas.

Ano	Nº de Equipes do PSF
1998	2
1999	2
2000	2
2001	14
2002	16
2003	18
2004	21

Fonte: SOUZA, E. M. O. Financiamento e gasto do Programa de Saúde da Família (PSF): limites e possibilidades um estudo de caso no município de Alagoínhas-BA, 2005.

A tabela 1 mostra claramente que o Município durante três anos consecutivos (1998 a 2000) permaneceu com um número reduzido e inalterado de ESF, dando um salto quantitativo no ano de 2001, mantendo um crescimento médio de duas equipes por ano até o ano de 2004.

Souza (2005) destaca que foi o reconhecimento do gestor municipal de saúde de Alagoínhas sobre a importância da estratégia do Programa Saúde da Família na reorganização da Atenção Básica e a mudança na forma de financiamento do Governo Federal, que estimularam o município de Alagoínhas à expansão do Programa, dando um salto de 1999 à 2004 de duas para vinte e uma equipes com uma cobertura populacional de 4,1% para 48,8 % respectivamente.

A partir da implantação e da implementação do PSF no município, foi possível a obtenção de resultados positivos, entre os quais, a melhoria dos indicadores de saúde com o aumento no percentual de criança com esquema vacinal; o aleitamento materno exclusivo; a cobertura de consultas pré-natal; a diminuição na taxa de mortalidade infantil por diarreia; a taxa de desnutrição; a restauração de vínculo de responsabilidade entre as famílias e os profissionais médicos e a melhoria da organização do sistema local de informação (SOUZA, 2005).

Entretanto, cabe destacarmos que essa ascensão do PSF em Alagoínhas coincide com a nomeação de uma nova gestão no poder executivo municipal a partir de 2001, após as eleições de 2000, quando assume a prefeitura municipal o partido dos trabalhadores, após longos anos

de governos de grupos que historicamente não demonstravam interesses em defender os interesses populares.

Essa nova gestão, ao assumir, dá o incremento acentuado do PSF, sendo implantadas novas equipes através de processo seletivo, rompendo com as barreiras do paternalismo na definição das contratações, além da eleição de um usuário para presidência do Conselho de Saúde, inovando a forma de se fazer controle social no SUS (ALAGOINHAS, 2004- DOC 2).

Todavia, nesse mesmo ano começaram as mudanças de rumos da política de saúde no município com inúmeros movimentos políticos, balizados numa visão de futuro que possibilitou ousar na proposta de construção de um sistema de saúde mais equânime e resolutivo na busca de responder as necessidades de saúde dos munícipes.

Passados três anos de gestão, em 2004 o município de Alagoinhas é habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica, da Média Complexidade e de parte da alta complexidade, com ampliação da cobertura do PSF em alguns bairros, com 20 USF, além de promover a estruturação física logística das Unidades Básicas de Saúde existentes e construção de novas unidades de saúde para a consolidação da Atenção Básica (ALAGOINHAS, 2004- DOC 2).

A partir de 2005 inicia-se o movimento de construção de duas novas unidades de Saúde da Família, aumentando pra 23 ESF em 2006, mantendo este mesmo número de equipes até o momento final da coleta de dados, setembro/2008 (ALAGOINHAS, 2005-DOC 3).

Ressaltamos que historicamente a oferta de serviços básicos de saúde sempre foi insuficiente para a demanda do município. Entretanto, com a implantação das Equipes de Saúde da Família a população usuária do SUS foi sendo beneficiada com o incremento das ações e melhoria da qualidade de serviços básicos de saúde, uma vez que tem proporcionado uma assistência à saúde hierarquizada e regionalizada e, na medida do possível, na busca de resolubilidade com serviços de prevenção de doenças e promoção da saúde da população.

Outrossim, destacamos ainda que o PSF em Alagoinhas apresentou o caráter substitutivo nas unidades tradicionais existentes a partir da

substituição de práticas convencionais das unidades básicas tradicionais para unidades de Saúde da Família. Mas de uma maneira geral foram incrementadas novas estruturas de serviços com a proposta de uma nova concepção de trabalho centrado nas bases do Programa.

Desta maneira o PSF foi se fortalecendo no município enquanto prioridade da gestão a partir de esforços envidados pela equipe gestora da Secretaria Municipal de Saúde daquele momento, quando foram realizados movimentos de construção de uma nova maneira de gerir o sistema local de saúde através de uma proposta de intervenção inovadora e consistente do ponto de vista teórico. Assim, o PSF é considerado enquanto estratégia de relevância para a (re) organização da Atenção Básica justificada a partir dos documentos explicitados a seguir.

A Estratégia de Saúde da Família em Alagoinhas é concebida, como o modelo reorientador da ampliação das ações de saúde no território, tendo como premissa a integração operacional entre a Vigilância e a Assistência à Saúde, a prática da intersetorialidade, o acolhimento, o vínculo e a responsabilização (ALAGOINHAS, 2006-DOC 5).

No *Relatório de gestão 2005* (ALAGOINHAS, 2005-DOC 3) enfatiza que a política de saúde municipal tem como diretriz norteadora das ações de saúde um “Modelo de Atenção que garanta o acesso com qualidade aos serviços de saúde, tendo como diretrizes a integração operacional da Vigilância e da Assistência à Saúde, a ampliação da rede própria de serviços, a consolidação da rede de referências e o fortalecimento das ações integradas de supervisão, monitoramento e avaliação” (ALAGOINHAS, 2007, p.2- DOC 4).

O SUS- Alagoinhas traz uma proposição política com as seguintes características:

- a) o modelo de gestão deverá ser focalizado na gestão democrática e intersetorial, valorizando os diversos os diversos sujeitos na implementação de políticas públicas para a área da saúde;
- b) o modelo de atenção à saúde será alicerçado nas necessidades reais dos cidadãos, resgatando o papel dos sujeitos sociais na determinação do **cuidado em saúde** (destaque nosso);

- c) o fortalecimento do controle social: o usuário como centro da ação em saúde e seu principal interlocutor;
- d) a Atenção Básica enquanto proposta de reorganização da assistência à saúde, deverá ser consolidada com vistas a garantir **acesso a todos**, indistintamente, a partir de uma rede de serviços básicos bem estruturada desde a sua concepção;
- e) o estabelecimento do paradigma da **complementaridade da assistência** no que se refere à média e alta complexidade, com a constituição de uma rede própria de serviços que corroborem este paradigma (destaque nosso);
- f) a implementação de uma rede de serviços contratados capaz de responder às demandas com responsabilidade social; além,
- g) do incentivo para a incorporação de uma rede de compromissos e responsabilidades para a construção de recursos humanos mais habilitados para lidar com as particularidades do Sistema Único de Saúde através da constituição de uma política municipal de Educação Permanente em Saúde.

Nesta perspectiva, a política de saúde da SMS de Alagoinhas tem como eixo orientador a implementação de um modelo de atenção que deverá agregar todas as prerrogativas do SUS-Alagoinhas, focado no sujeito como centro da ação em saúde mediante da articulações das bases conceituais dos Modelos de Vigilância da Saúde e em Defesa da Vida (ALAGOINHAS, 2004-DOC 2).

A noção de **modelo** que assumimos aqui é a concebida por Campos (1994, p.53), “(...) o modo como são produzidas ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las”.

Tal conceito, traz implícito duas necessidades imediatas, uma analítica, na medida que permite identificar um determinado modo de produção existente, e outra operacional, que possibilita a construção de novas políticas para além da anúnciação de diretrizes gerais ou seja “permite pensar modelos assistenciais novos, imaginados enquanto objetivos estratégicos a serem atingidos” (CAMPOS, 1994, p.53).

Teixeira e col. (1998) ao discutirem os modelos assistenciais, apontam que as distintas vertentes do debate em torno da Vigilância se expressam na utilização de variações terminológicas como Vigilância **da** Saúde, Vigilância **à** Saúde e Vigilância **em** Saúde, e destaca que embora a utilização de diferentes termos, o eixo comum da Vigilância é a abertura para a epidemiologia, tanto no que diz respeito à sua contribuição para a análise dos problemas de saúde que transcende a mera sistematização de indicadores gerais, quanto no âmbito do debate sobre planejamento e organização de sistemas e serviços na implantação de novas práticas e novos modelos assistenciais.

A **Vigilância da Saúde** pressupõe a oferta organizada de serviços que visa suplantiar as ações dirigidas ao atendimento da chamada demanda espontânea, bem como as ações realizadas a partir da implantação dos chamados programas especiais dirigidos a grupo populacionais específicos. A organização da oferta ou oferta programada seria o espaço de articulação do enfoque epidemiológico, na medida em que a programação e execução das ações e serviços deveriam partir da identificação dos problemas e necessidades da população em territórios delimitados (TEIXEIRA e col., 1998).

Em síntese, a Vigilância da Saúde apresenta características básicas:

- a) intervenção sobre problemas de saúde, (danos, riscos e/ ou determinantes);
- b) ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos;
- c) operacionalização do conceito de risco;
- d) articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas;
- e) atuação intersetorial;
- f) ações sobre o território;
- g) intervenção sob a forma de operações.

Desse modo, o Modelo da Vigilância da Saúde,

(...) corresponderia, assim, a um modelo assistencial que incorpora e supera os modelos vigentes, implicando a redefinição do objeto, dos meios de trabalho, das atividades, das relações técnicas e sociais, bem como das organizações

de saúde e da cultura sanitária. Nessa perspectiva, aponta na direção da superação da dicotomia entre as chamadas práticas coletivas (vigilância epidemiológica e sanitária) e as práticas individuais (assistência ambulatorial e hospitalar) através da incorporação das contribuições da nova geografia, do planejamento urbano, da epidemiologia, da administração estratégica e das ciências sociais em saúde, tendo como suporte político-institucional o processo de descentralização e de reorganização dos serviços e das práticas de saúde ao nível local (TEIXEIRA e cols 1998, p.18).

A operacionalização da proposta da Vigilância da Saúde implica na valorização dos princípios de regionalização e hierarquização dos serviços aplicados simultaneamente à delimitação de diversas áreas, e além disso a incorporação de 'mapas de risco' que fundamenta a delimitação de 'microáreas' que são definidas em função do mosaico epidemiológico e das condições e modos de vida da população (TEIXEIRA, 2003).

O modelo **Em defesa da Vida**, por sua vez, tem origem na sistematização de idéias e trabalhos de grupos de trabalhadores de saúde e pesquisadores que atuavam no Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Estadual de Campinas e dos trabalhos desenvolvidos no Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde (LAPA) (SILVA JR, 2006).

Teixeira (2003) destaca que objeto central da análise do modelo Em Defesa da Vida, está centrado no processo de trabalho em saúde e seu propósito, intelectual e político, indica o desejo de criar metodologias e instrumentos de gestão e organização do trabalho coletivo para desencadear uma revolução no âmbito das instituições de saúde e do estabelecimento de novas relações entre gestores trabalhadores e usuários, mediadas pela busca de autonomia e reconstrução de subjetividades numa perspectiva de transformação radical das pessoas e das práticas que buscam criar processos "instituintes", subvertendo modelos instituídos.

Silva Jr. (2006) destaca os princípios que norteiam o modelo Em Defesa da Vida:

- a) a gestão democrática;
- b) a Saúde como direito de cidadania;
- c) o Serviço público de saúde voltado pra a defesa da vida individual e coletiva.

Entretanto, de acordo com o autor, para a efetivação dos referidos princípios, é necessário, a organização dos serviços de saúde em virtude dos direitos dos cidadãos, numa relação que permite o controle social, uma gestão democrática de serviços, a humanização das relações entre usuários e trabalhadores de saúde e a ampliação da consciência sanitária da população.

Assim, o processo de trabalho em saúde desse modelo deve incorporar as amplas dimensões apresentadas pelos problemas de saúde, incluindo os usuários, a começar pela forma como sentem suas necessidades e possibilidades de oferecer outras alternativas de serviços acordados com os usuário e na aposta nas mudanças que podem acontecer nos micropolíticos.

No que se refere à dimensão do processo saúde-doença, a proposta Em Defesa da Vida incorpora os determinantes sociais, a epidemiologia, o coletivismo amplo, na redefinição da clínica e da Psicanálise ressaltando as individualidades e na busca de autonomia e reconstrução de subjetividades dos sujeitos.

A nosso ver, os dois modelos- Vigilância da Saúde e Em Defesa da Vida- são propostas alternativas de (re) organização dos serviços de saúde com metodologias diferenciadas e que apresentam limitações na sua operacionalização, não havendo, portanto um modelo puro e completo em si mesmo.

A Vigilância da Saúde embora tenha a pretensão de dar conta do princípio da integralidade a partir da articulação entre ações de promoção da saúde, prevenção de riscos, assistência e recuperação e até pelo seu caráter abrangente, não avança, sobretudo, porque não apresenta propostas específicas de mudanças na organização dos processos de trabalho em saúde (TEIXEIRA, 2003).

A proposta Em defesa da Vida é um modelo operativo que privilegia os processos intersubjetivos e toma como ponto de partida os saberes tecnológicos dos trabalhadores para operar na organização do cuidado, parte da articulação dos processos de trabalho e da capacidade de gestão e controle social para revestir as práticas de valores de emancipação humana e da

capacidade criativa dos trabalhadores tem total liberdade no espaço micropolítico para desenvolver o potencial criativo e aponta para a produção de graus crescentes de autonomia para os sujeitos envolvidos com as intervenções em saúde.

Todavia, segundo Teixeira (2003) tendo-se em vista que a pretensão do modelo Em Defesa da Vida é revolucionar o cotidiano dos serviços de saúde através da transformação das pessoas, através da valorização do processo de trabalho no plano dos 'micropoderes', tal modelo não traz propostas concretas em relação ao desenho macroorganizacional e não define, portanto uma imagem objetivo do sistema de saúde, as políticas e diretrizes regras e normas gerais que são de responsabilidade do Estado, portanto, essa lacuna pode ser apontada como um ponto cego desse modelo.

Nesta perspectiva, a política de saúde da SMS de Alagoinhas propôs a implementação de um modelo de atenção que é um híbrido metodológico que agrega todas as prerrogativas do SUS-Alagoinhas, e incorpora os saberes, a técnica, a estrutura e a dimensão social do processo de trabalho, focado no sujeito como centro da ação em saúde mediante da articulação das bases conceituais dos Modelos de Vigilância da Saúde e Em Defesa da Vida (ALAGOINHAS, 2004, DOC 2).

Isso porque, "(...) diante da complexidade do SUS e dos espaços em que está inserido, todos estes elementos são constituintes de um modelo de atenção que dê conta das necessidades reais da população nos diferentes contextos sociais que se apresentam" (ALAGOINHAS, 2004, p.71-DOC 4)

O *Relatório de Gestão do ano de 2005* (ALAGOINHAS, 2005-DOC 5) destaca que a Vigilância da Saúde foi adotada como eixo orientador da política de saúde municipal, pois seria necessário intensificar a busca por informações no sentido de construir o sistema de saúde adequado às necessidades da população. Deste modo, a Epidemiologia e os profissionais de saúde, através de atuação multidisciplinar, seriam os sujeitos para captar e reconstruir os serviços necessários na organização da demanda em saúde do município.

Neste sentido Vigilância da Saúde é trazida como um modelo pautado na organização dos serviços a partir da organização da demanda e da oferta e como uma perspectiva de se organizar a rede de serviços de saúde e

os processos de trabalho das equipes a partir do planejamento e da programação em saúde.

O modelo Em Defesa da Vida por sua vez, como base conceitual do modelo adotado, surge como elemento novo na constituição da proposta por trazer à luz dos serviços de saúde municipais a necessidade de construir sujeitos no cotidiano. Tais serviços, portanto, além da sua característica pautada nas necessidades epidemiológicas, deveriam responder às necessidades reais e às intencionalidades dos sujeitos envolvidos em todo o processo de concepção do sistema (ALAGOINHAS, 2005- DOC 3).

Essa proposta de modelo de atenção deseja constituir serviços efetivos no cuidado aos diversos agravos à saúde, sempre atentos às mudanças de rumo dos agravos e riscos na sociedade.

O Programa de Saúde da Família, nas perspectivas dos Modelos de Atenção à Saúde Vigilância da Saúde e Em Defesa da Vida, tem a pretensão de trabalhar com o conceito ampliado de Família, caracterizando-a como grupo que co-habita um mesmo espaço, ampliando as redes de solidariedade entre as equipes, as famílias e outras organizações, as pessoas, as famílias e o contexto. Tratar-se-ia da maneira de fazer tudo isto reconstruindo o modo de pensar e trabalhar a saúde (ALAGOINHAS, 2004- DOC 4).

Salientamos que a ênfase dada ao PSF enquanto modelo estruturante da atenção básica da saúde pelo SUS se justifica principalmente por que se espera que o PSF venha a trazer uma melhoria nos níveis de saúde da população e, conseqüentemente, nos indicadores de saúde. Do ponto de vista da promoção da saúde, através de da adoção de práticas voltadas para a promoção de prevenção da saúde, acreditamos que poderá haver uma diminuição nos gastos do setor saúde, além de proporcionar melhorias no nível de saúde de uma coletividade através da incorporação de novas práticas assistenciais.

Enquanto política do Ministério da Saúde o PSF tem a pretensão de imprimir uma nova dinâmica na reorganização dos serviços com vistas a reorientar o modelo assistencial e ações de saúde, por acreditar que a gestão de saúde local poderá reestruturar o sistema local de saúde.

Por conseguinte, o SUS Alagoinhas defende a adoção de um modelo de atenção de saúde que incorpore os saberes, a técnica, a estrutura e

a dimensão social do processo de trabalho para dar conta das necessidades reais da população nos diferentes contextos sociais que se apresentam e que agregue todas as perspectivas de assistência, tendo **o sujeito (usuário) como elemento central da ação em saúde** (destaque nosso) (ALAGOINHAS, 2005-DOC 3).

Trabalhar na perspectiva de um modelo de atenção que traz o usuário para o lugar central da ação em saúde requer, segundo Franco (2006b), além de consistência teórica das diretrizes de um sistema de saúde uma verdadeira reorganização produtiva a partir da inversão tecnológica na produção de saúde.

Entretanto, para que ocorra a inversão dos processos e das tecnologias de trabalho é preciso

mudar toda a lógica de organização da força produtiva, o que concretamente vale dizer que as funções de cada trabalhador, seu posicionamento, a forma como se posicionam os saberes-fazer para a realização da assistência, devem estar direcionados para o atendimento às necessidades reais dos usuários. O reordenamento dos processos de trabalho deve estar associado à inversão das tecnologias de trabalho, que, de centradas nas tecnologias duras e leve-duras, devem passar a centrar-se nas tecnologias leves e leve-duras. Essas mudanças são capazes de configurar um novo modelo de assistência (FRANCO, 2006b, p.194).

Todavia, segundo Franco e Merhy (2005) para se construir uma nova forma de produzir o cuidado, é preciso mudar o modelo produtivo da saúde, promovendo uma transição tecnológica, o que significa estabelecer um novo padrão de cuidado, que altera não apenas o modo de organização do processo produtivo, como também inverte a composição técnica do trabalho, configurando a hegemonia do trabalho vivo nos processos de trabalho, mediadas por certas intencionalidades tendo como pressuposto a produção do cuidado.

Silva Junior, Alves e Alves (2005) discutem o cuidado e a integralidade, no campo da saúde como sua própria razão de ser, é o meio e o fim das ações desenvolvidas pelos profissionais que atuam no campo; o cuidado pode ser utilizado enquanto categoria analítica para interrogar os modos como são produzidas as ações de saúde e organizadas as instituições responsáveis por essa produção.

Portanto, compreendemos que para se produzir o cuidado em saúde, é preciso e organizar os processos de trabalho que perpassa por novos modos de agir com outro, a capacidade e disponibilidade de ouvir os usuários em suas necessidades, numa abrangência integral e no estabelecimento de uma relação de vínculo, acolhimento, confiança e responsabilização mútua e estímulo à autonomia dos usuários.

Na perspectiva da discussão ora apresentada nos questionamos: as práticas das equipes de saúde da família em Alagoinhas estariam consonantes com o modelo de atenção à saúde vislumbrado pelo sistema local de saúde, operado na construção de novos processos de trabalho com vistas à resolubilidade, a partir da produção do cuidado em saúde?

Embora o modelo assistencial explicitado para o município de Alagoinhas traga como diretriz a “implementação de um modelo de atenção pautado na Vigilância da Saúde para a Defesa da Vida” (ALAGOINHAS, 2005, p.41), concretamente podemos observar no cotidiano do trabalho das Equipes de Saúde da Família de Alagoinhas um modelo híbrido com grande enfoque para as Ações Programáticas e com poucas características dos modelos Vigilância da Saúde e Em Defesa da Vida.

Segundo Nemes (2000) **Práticas** ou **ações programáticas** constituem uma forma de organizar o trabalho coletivo no serviço de assistência à saúde fundamentada no ideal da integração sanitária, inspirando-se em tecnologias de base epidemiológica. Embasada nos estudos de Mendes-Gonçalves (1994), ela afirma que os Programas são uma tecnologia baseada em saberes de cunho prático-operativo, portanto saberes tecnológicos; se orientam conforme o modo sanitário de apreensão de patologias específicas, ou de riscos de adoecer de grupos populacionais específicos; possuem uma racionalidade que articula ações médicas e ações de Saúde Coletiva, motivo pelo qual a Ação Programática diz respeito às dimensões técnicas do trabalho em saúde. Outrossim, sua base tecnológica implica na utilização de diagnósticos coletivos na definição dos produtos do trabalho, portanto o conhecimento epidemiológico é quem dirige a escolha dos objetos de trabalho.

Ressalta-se ainda que no campo da organização da atenção a saúde, o próprio linguajar técnico freqüentemente confunde os termos planejamento e programação. No Planejamento em Saúde o termo

Programação tem designado a etapa da metodologia do plano, designa portanto a parte mais operacional de um plano de saúde. Entretanto, devido a simultaneidade do uso dos termos antes de falar “programa” em saúde é preciso especificar quais as dimensões da realidade e a finalidade se referem.

Historicamente a Programação em Saúde foi a designação dada a uma política específica da Saúde Pública de São Paulo entre 1975 e 1978, adotada após grave crise social brasileira na metade da década de 1970. Assim, concebida como uma proposta de extensão da cobertura dos serviços de Saúde Pública para ampliar a assistência, principalmente, para as chamadas populações carentes, caracterizada com uma prática marginal e limitada no tempo e no espaço, restrita aos Centros de Saúde, reduzidos a ações de vigilância de agravos e atenção de determinados grupos (NEMES, 2000).

A idéia de Ação Programática em Saúde, surge contudo como proposta de integração sanitária que nasce simultaneamente com a grande reforma do aparato institucional do sistema nos anos 1980, a Reforma Sanitária brasileira, a partir da reformulação do sistema de saúde e da necessidade do aumento no volume de assistência médica na rede pública em substituição da parte da assistência prestada pela medicina privada conveniada, e da reformulação do modo de prestar assistência médica nas unidades básicas de saúde.

As principais características tecnológicas da Programação em Saúde são aqui explicitadas por Nemes (2000, p.55):

- operação a partir de atividades eventuais (para a demanda espontânea que procurasse o serviço por qualquer motivo) e atividades de rotina (para a demanda triada para os Programas);
- programas definidos por grupos populacionais (crianças, adultos, mulheres...) e subprogramas para situações específicas de assistência (menores de um ano, gestantes...) e doenças de especial importância sanitária (tuberculose, hipertensão...);
- finalidades e objetivos gerais assentados em categorias coletivas;
- hierarquização interna de atividades (consulta médica, atendimento de enfermagem, grupos de atendimento, visita domiciliar...);

- utilização de equipe multiprofissional;
- padronização de fluxogramas de atividades e de condutas terapêuticas principais;
- sistema de informação que permitia avaliação na própria unidade;
- gerência de unidades por médicos sanitaristas;
- regionalização e hierarquização das unidades

Nascimento e Nascimento (2005) embasadas em Campos (1997) discutem que apesar de compreendem que a Ação Programática poderá constituir-se numa ferramenta útil e coerente com as noções de território e os problemas de saúde no modelo de Vigilância à Saúde, consideram que têm limitação em sua prática por utilizarem apenas a Epidemiologia para perceber os determinantes do processo saúde-doença, sem observar a subjetividade e a individualidade dos usuários como valores na percepção dos problemas de saúde, uma vez que a Ação Programática e a Epidemiologia impedem, na maioria das vezes, o acesso do cidadão aos serviços de saúde.

Já Teixeira (2003) sinaliza que o diálogo com as propostas das Ações Programáticas, pode ser extremamente fértil na perspectiva de estimular os trabalhadores de saúde a buscarem aperfeiçoamento contínuo de suas práticas pela incorporação crítica dos saberes, dos conhecimentos e das tecnologias disponíveis para a delimitação de objetos de intervenção referidos às necessidades de grupos populacionais específicos ou problemas específicos que se apresentam na prática clínica, relançando-os no espaço social mais amplo das determinações sociais e políticas.

Contudo, acredita que por considerar a unidade básica de saúde o *locus* de intervenção, esse modelo, apesar da ênfase no enfoque Epidemiológico, não tematiza necessariamente o território e, conseqüentemente, não trabalha com a idéia de ações territoriais de prevenção de riscos e agravos.

Em nossa opinião não existe modelo de atenção que seja completo em si mesmo. Entretanto acreditamos que seja relevante a construção de uma proposta de modelo de saúde que consiga agregar características dos diferentes modelos e que combinem diferentes saberes/ conhecimentos e técnicas/métodos/ instrumentos a serem utilizados em prol de atender as

necessidades de saúde individuais, coletivas e sociais dos usuários do sistema, e com enfoque político que tenha como base os princípios e diretrizes dos SUS.

Por isso defendemos que a prática dos trabalhadores que fazem o PSF devem pautar-se em ações que coloquem o usuário como elemento central do cuidado em saúde e que assegure a melhoria das condições de vida e de saúde por meio da integralidade das ações de saúde em prol da Resolubilidade e em defesa da saúde individual e coletiva.

4.2.1 A organização do trabalho no PSF: (des) articulação da Vigilância da Saúde *versus* Ações Programáticas em Saúde nas Equipes de Saúde da Família

Quando discutimos a organização do processo de trabalho, propomos aqui a possibilidade de se trabalhar os **sujeitos** do processo de trabalho, o seu **objeto de trabalho**, a **finalidade/concepção** do trabalho desenvolvido, assim como as **atividades desenvolvidas** e os **instrumentos** usados pelas Equipes de Saúde da Família para realizar na produção do cuidado no PSF.

O trabalho em saúde tem um mundo próprio, complexo, diverso, criativo e dinâmico, em que cotidianamente os usuários se apresentam portadores de algum problema de saúde e buscam, junto aos trabalhadores que ali estão a resolvê-los, momento ao mesmo tempo de encontro entre esse trabalhador e o usuário (BRASIL, 2005).

Assim, é no encontro entre o agente (trabalhador de saúde) e o usuário que deverão ser estabelecidas as relações de cuidado, e, durante este processo

o agente é apreendido no interior das relações entre objeto de intervenção, instrumentos e atividades, bem como no interior do processo de divisão do trabalho. Por meio da execução de atividades próprias de sua área profissional, cada agente opera a transformação de um objeto em um produto que cumpre a finalidade colocada, desde o início, como intencionalidade daquele trabalho específico (PEDUZZI, 2001, p.104).

Outrossim, entendemos que o trabalho em saúde é dependente do encontro trabalhador/usuário, de maneira que o trabalhador tem um papel socialmente constituído para compreender, (re)significar e intervir sobre o objeto da sua ação que ao nosso ver são as necessidades das pessoas que chegam aos serviços de saúde.

Neste estudo, os depoimentos de alguns trabalhadores de saúde destacados a seguir consideraram a equipe (enfermeiro, médico, técnico de enfermagem...) como aqueles sujeitos responsáveis pelo processo de trabalho/cuidado.

(...) em primeiro lugar **quem cuida do usuário** é a equipe, os profissionais, os profissionais que trabalham (...) é o médico, o enfermeiro (...) (E.14, Grupo I).

a equipe, seja o enfermeiro, o médico, o dentista, (...) somos nós que atendemos os pacientes, (...) aí, também acontece os casos de que, desse próprio paciente já começar o atendimento dele com o agente comunitário na próprio domicílio (...) (E. 15, Grupo I).

Eu acho assim que é **a equipe que faz o trabalho no PSF**, é a gente que acompanha os pacientes, que vê seu problema, que resolve, é mesmo o nosso trabalho no PSF cuidar (...) (E.19, Grupo I).

Com base nos depoimentos aqui colocados e nas observações durante o processo de trabalho desses trabalhadores, percebemos que os usuários não são sujeitos, é preciso incluir, além do trabalhador de saúde, os usuários, como sujeitos significativos no processo de trabalho em saúde, visto que, embora façam parte de segmentos sociais diferentes, ambos apresentam necessidades diferentes, porém em consequência do processo de relações, originado do processo de trabalho em saúde, acabam inseridos em um mesmo contexto. Até por que, o encontro entre trabalhadores e usuários, é permeado a dor, o sofrimento, os saberes da saúde, as experiências de vida, as práticas assistenciais e as subjetividades que afetam os sujeitos, trabalhadores e usuários. Enfim, há um mundo completo a ser pesquisado que envolve, sobretudo a produção do cuidado (BRASIL, 2005).

Krug e col. (2007) embasados em Franco e Merhy (2006) sobre o processo de trabalho, referem que na Saúde Coletiva o usuário, no encontro

com o trabalhador de saúde, comparece movido por demandas mais ou menos explícitas, munido de seu corpo e sua singular subjetividade, assim, como o sujeito que um dia se transformou em um profissional de saúde. Então, esses dois atores sociais (trabalhadores e usuários) acabam se encontrando e compartilhando o mesmo espaço nos serviços de saúde, que serve de intercessor para sustentação de uma dimensão tecnológica do trabalho em saúde, a tecnologia das relações, território próprio das tecnologias leves.

Enfim, qualquer abordagem de um trabalhador de saúde junto a um usuário, deve acontecer através de um processo de relações, de um encontro entre duas pessoas, que atuam enquanto sujeitos do processo de trabalho em saúde.

O processo de relações entre os sujeitos do processo de trabalho deve acontecer com valorização das tecnologias como podemos observar na fala do trabalhador a seguir

(...) você tem que conversar sobre os problemas deles e você não pode deixar eles, lá tem que tá ouvindo e também tentando ajudar né, é tanto que não é só ali o problema da saúde, mais também o social deles, a auto-estima deles, você tem que tá tentando ajudar de alguma maneira (E.11, Grupo I).

Uma usuária também destaca esse aspecto das relações

Eu acredito que eu venho num lugar que as pessoas têm sensibilidade de nem atender (...) a enfemeira ouve a gente, tenta entender nosso problema sabe (...) (E.26, Grupo II).

Esse encontro deve acontecer a partir de relações democráticas e “interseçoras” que colocam trabalhadores e usuários enquanto sujeitos do ato de cuidar, num processo de escuta qualificada dos problemas/necessidades, e permita troca de informações, conhecimento mútuo de direitos e deveres, através de tomada de decisões pactuadas e da utilização das tecnologias leves (humanização, acolhimento, vínculo, responsabilização...) que potencializem intervenções acertadas/eficazes diante nas necessidades apresentadas pelos usuários.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006-DOC 7), a Unidade Básica de Saúde com ou sem o Programa Saúde da Família para o desenvolvimento de suas ações, deve ter uma equipe

multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e/ou agente comunitário de saúde, entre outros.

A composição básica das ESF no município estudado é formado por um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, um cirurgião dentista, um Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e de cinco a oito ACS por equipe.

Existe um total de 14 Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Modalidade I¹ no município, das quais cinco delas vinculadas a apenas uma ESF e nove ESB vinculadas a duas ESF.

Apesar da composição das ESF estar consonante com a equipe mínima recomendada pela Política do MS, para os usuários das USF a sua oferta não atende às necessidades da comunidade.

[...] uma médica só na unidade para tudo [...] eu acho que em um PSF tem que ter um pediatra e às vezes é muita criança e não dá conta de atender [...] (E 4, Grupo II).

(...) tem que colocar mais médicos aqui no posto porque a gente precisa, a quantidade que tem ai é muito pequena , não dá conta de atender todo mundo, acho também que devia ter mais enfermeira (...) (E.25, Grupo II).

(...) aí como eu estava te dizendo em relação a médica eu acho que o maior fator assim que deveria ser mudado, é que deveria ter outro médico, tipo porque eu acho que ela se sente muito sobrecarregada (...) por isso eu acho que aqui deveria ter mais médico, deveria ter mais dentistas, mais enfermeiras, deveria ter ginecologista (...) (E.26, Grupo II).

Por aqui se tivesse outros médicos era melhor, sei lá um pediatra, por que ai eu não precisava ir pro hospital, acho que seria bem melhor. pra atender as crianças, porque aqui você sabe? E um clínico geral nos atende tudo, adulto ou criança. Eu acho que esse negócio não está certo. O clínico geral atende todos mas deveria ser assim um médico pra adulto, um médico para criança (...) (E.30, Grupo II).

¹ **Equipe de Saúde Bucal Modalidade I:** formada por equipe multiprofissional, com composição básica de cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário, num trabalho integrado entre uma ou duas ESF, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território às quais estão vinculadas, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes (BRASIL, 2006).

Os depoimentos (E.4, E.25, E.26, E.30) além de demonstrarem a insatisfação dos usuários em relação à atual configuração das ESF, retratam claramente a valorização dada pelos usuários ao trabalhador médico no Programa, inclusive trazem a questão da necessidade de incluir outras especialidades médicas com vistas a melhoria das ações do PSF.

Tal concepção é fruto de uma cultura da sociedade e de predominância de um modo de produção de saúde arraigado na lógica de produção capitalista, baseado no consumo de consultas médicas, de equipamentos e medicamentos e na oferta de uma atenção especializada e hospitalar.

Historicamente o trabalho médico foi identificado como “a prática científica” e os médicos, portanto tornaram-se os detentores de um saber que pode ser verificado “cientificamente”, dessa forma esses profissionais tiveram seu poder fortalecido na sociedade, ocorrendo uma desqualificação dos outros saberes e práticas cuidadoras tradicionais, ao identificá-los como “não-científicos” (BRASIL, 2005).

Todavia, segundo Peduzzi (1998) essa realidade foi fruto também da divisão técnica do trabalho, que especificamente no setor saúde, aconteceu de forma processual e complexa, assim, cada trabalho se individualizou pela necessidade histórica e peculiar de atuação especializada, configurando saberes e ações que lhes são próprios e singulares.

Essa divisão técnica do trabalho reflete,

(...) não apenas o desenvolvimento científico-tecnológico, mas a própria dinâmica social das práticas de saúde que engendra subdivisões sistemáticas de trabalhos, assim como parcelamentos das tarefas interiores a cada área de atuação, desdobrando núcleos com recortes cada vez “mais manuais” que vão sendo delegados sucessivamente. Esse processo configura um amplo leque de trabalhadores parciais e especializados, que abrange desde o médico e demais profissionais universitários ao pessoal auxiliar de nível médio, tanto na enfermagem como na área de apoio diagnóstico e terapêutico, até os trabalhadores empíricos (...). Não apenas a divisão técnica e pormenorizada de trabalhos é reproduzida nesse processo de divisão, mas a desigual valorização social desses trabalhos (PEDUZZI, 1998, p.128).

Nessa divisão do trabalho é possível observar que ocorre a fragmentação da sua dimensão intelectual e técnica do saber. A subdivisão em trabalhos parcelares, cabendo ao profissional médico a parte mais intelectual e a ação de curar, por meio do diagnóstico e da terapêutica e ao conjunto dos demais trabalhadores (Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia dentre outros) as ações do cuidado, instalando a dualidade no campo da saúde entre curador-cuidador (PEDUZZI, 1998).

Nesse sentido, existe uma distinção e elitização do trabalho do profissional médico por referência aos demais profissionais de saúde, sendo atribuído, ao primeiro, maior valor social e com certa desqualificação de outros saberes, fragmentando o cuidado.

Portanto, podemos observar que historicamente a prática médica passa a exercer um poder de regulação do campo da saúde e na sociedade de uma maneira geral, a partir de uma valorização do diagnóstico e da cura com grande valorização das especialidades médicas.

A proposta do PSF, no entanto vem na contramão dessa situação e propõe uma ruptura com o modelo assistencial atual e a construção de uma nova prática, que visa uma nova dimensão do trabalho, por meio do trabalho em equipe, tentando reverter o modelo biomédico e a prática assistencial hegemônica.

Colomé (2005) embasada em Almeida e Mishima (2001) destaca que a assistência a saúde no PSF adquire a característica do trabalho coletivo e complexo balizado na interdisciplinaridade e multiprofissionalidade, pois a unidade que produz serviços de saúde não se resume a um único profissional, mas a uma equipe.

Em Alagoinhas, encontramos um modelo que é centrado no médico e no atendimento individual e curativo em que o trabalho dos trabalhadores envolvidos mantém as características de compartimentalização, com execução de “tarefas” por cada um dos agentes.

É visível as convergências nas falas dos trabalhadores com os usuários ao discorrerem sobre essa questão,

(...) seria melhor assim dois médicos, seria um tanto de paciente pra um, um tanto pra outro (...) (E. 5, Grupo I).

(...) porque tem a enfermeira mesmo que faz o acompanhamento dela, tem os pacientes dela, os exames de preventivo mesmo, mas deveria ter mesmo mais médico, ginecologista, pediatra (...) (E.26, Grupo II).

Além do mais “acreditam” no modelo médico-centrado quando apresentam como necessidade o aumento do número de trabalhadores médicos no PSF como medida para melhorar o atendimento e diminuir a sobrecarga da enfermeira no Programa.

Os depoimentos tanto de trabalhadores quanto dos usuários entrevistados apontam também a necessidade da inclusão de outros profissionais na equipe mínima do PSF para a melhoria do atendimento prestado/recebido.

O PSF propõe a inversão do modelo tradicional de organização dos serviços de saúde, aquele centrado no médico, que reserva aos demais profissionais que compõem a equipe de saúde papéis coadjuvantes. Por isso, ao ter por base uma equipe multiprofissional, espera-se que os profissionais passem a ter no PSF melhor definição de suas competências e maior controle de suas atividades, no qual deve prevalecer a proposta de compartilhamento e confiança mútuas em todo o desenvolvimento do processo (ARAÚJO, 2003).

No tocante ao processo de trabalho desenvolvido no PSF, é possível observar que este Programa tem proporcionado ao enfermeiro uma participação efetiva em todas as suas etapas, que vão do planejamento das atividades até a sua execução. A assistência à comunidade é dada através de ações individuais bem como, de consultas e de ações coletivas.

No que se refere à organização do trabalho, o estudo *Planejamento em Saúde no Programa Saúde da Família em Jequié-Ba: a dialética entre a teoria e a prática* (SILVA, 2006) refere a justaposição de atividades da enfermeira no Programa, que no cotidiano do trabalho do PSF é metaforicamente a “esponja que absorve todos os problemas” cabendo-lhe a condução do planejamento em saúde no PSF, detendo certo “poder” de decidir, de comandar, coordenar e planejar as atividades no Programa.

Porém, o autor ao referir-se à visibilidade da imagem da enfermeira no PSF enquanto detentora do “poder” na tomada de decisões, na condução

de reuniões, no trabalho em equipe, isto não significa “dominar”/ “comandar”, estando essas características/competências relacionadas em parte com a sua formação acadêmica dessas trabalhadoras bem como das relações que se estabeleceram na operacionalização do PSF.

É de se pensar que o trabalho no PSF exige uma maior aproximação entre os diferentes trabalhadores de maneira que “(...) os diversos sujeitos sociais em espaços de relações desenvolvam cotidianamente o diálogo permeado de conflitos, contradições em busca de entendimento mútuo. Isso quer dizer que nesse contexto podemos e devemos entender o poder como relações estabelecidas entre diversos sujeitos com interesses diversos, porém voltados para o entendimento mútuo” (SILVA, 2006, p.193).

No que se refere à quantidade de equipes de saúde bucal por Equipe de Saúde da Família, é notório na fala dos trabalhadores (E.6, 9 e 22) que a distribuição das ESB no PSF não tem conseguido dar Resolubilidade, constituindo-se muitas vezes numa dificuldade à produção da saúde das Unidades de Saúde da Família.

(...) porque é pouca gente para poder resolver o problema de muita gente, acho que um dentista para duas equipes é muito ruim, o certo mesmo seria um dentista para cada equipe de PSF (E. 6, Grupo I).

A questão do dentista também não satisfaz, nós temos um problema muito grande das pessoas da higiene bucal, por mais palestras, trabalhos educativos que a gente faz ainda há uma deficiência, a demanda é muito grande a verdade (...) um dentista pra ainda atender duas unidades, ainda tem isso não há quem agüente (E. 9, Grupo I).

A gente tem aqui um dentista para dois PSF então é muita gente então a gente não tem como aquele paciente acompanhar até o final e agora que tem um dentista por PSF e dificulta a gente (E. 22, Grupo I).

É bem verdade que a equipe multiprofissional recomendada pelo MS tem o propósito de acompanhar uma população mínima que é de 2400 a 4500 pessoas conforme mostra tabela 2, porém, a média recomendada é de 3000 pessoas por equipe (BRASIL, 2004).

Tabela 2 População coberta por Equipes de Saúde da Família

Nº de Equipes Saúde da Família trabalhando na USF	População Coberta
1 ESF	De 2400 a 4500 pessoas
2 ESF	De 4800 a 9000 pessoas
3 ESF	De 7200 a 13500 pessoas

Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde. Manual Técnico para a estruturação física das Unidades da Família, Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Entendemos, contudo que este quantitativo sugerido deve estar de acordo com as características locais de cada área de atuação do PSF, conforme o perfil de adoecimento das pessoas assim como os riscos existentes.

Em Alagoinhas as ESF ou PACS acompanham uma média de 2500 pessoas. Porém, encontramos variação entre as equipes, algumas delas acompanham 1251 pessoas, há até equipes que acompanham uma população adstrita de 4.620 pessoas, extrapolando o limite máximo sugerido pelo MS (ALAGOINHAS, 2009).

Um dos entraves/ dificuldades para a resolubilidade do PSF foi o excesso de pessoas acompanhadas pelas ESF de Alagoinhas.

Então assim a gente atende uma área, geralmente atende mais números de famílias do que o estipulado pelo PSF pelo programa, então o número de famílias, o número de pessoas atendidas aqui é sempre grande, o fluxo de pessoas na unidade é sempre muito grande e a gente não tem como dá conta sozinho, a equipe de saúde da família, eu acho que é complicada da conta dos problemas de toda a comunidade (E. 6, Grupo I).

Essa situação é também confirmada por uma das usuárias entrevistadas,

(...) é porque aqui esse posto atende o Taizê, atende o Cachorro Magro, atende a Praça Kennedy e atende a Santa Terezinha, é muita gente para um posto só, eu acho isso (...) (E.29, Grupo II).

Vimos que embora a média de pessoas acompanhadas pelo PSF esteja dentro do recomendado pelo MS, existem ESF que trabalham com uma grande demanda de usuários e que tem dificultado o atendimento aos usuários

Diante de tal realidade, é necessária uma avaliação da atual distribuição das pessoas acompanhadas pelas ESF, que perpassa não apenas pela adequação ao normatizado pelo Ministério da Saúde, mais, sobretudo que venha proporcionar uma melhoria nas condições de trabalho para os trabalhadores com garantia de atendimento aos usuários do serviço.

Todavia, merece uma reflexão a incorporação de outros trabalhadores nas ESF, para que atendam as necessidades dos usuários do Programa. A ampliação da equipe mínima no Programa de Saúde da Família tem sido prioritária no âmbito da gestão das políticas públicas com enfoque na integralidade e na interdisciplinaridade, como formas de qualificar a assistência à saúde.

Um trabalhador complementa essa análise ao destacar a importância de um trabalho em equipe e inter-disciplinar.

(...) em cima de tudo num programa de saúde tem que ter uma nutricionista por que vamos supor vai a médica vai fazer a visita dela, com um clínico, ali ela vai avaliar e tudo mais, e aí já pode ser o que, a cima de tudo a gente tem que ter um psicólogo, um assistente social, uma nutricionista para atender melhor os pacientes (E. 6, Grupo I).

Salientamos que atualmente na SMS de Alagoinhas (Coordenação da Atenção Básica) já se discute sobre a necessidade de ampliação das ações no PSF com a contratação de outros trabalhadores como assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, farmacêuticos, entre outros, para dar uma maior sustentabilidade à Atenção Básica, que conseqüentemente, poderá melhorar a Resolubilidade do Programa.

Concretamente o Ministério da Saúde vem tomando posições sobre tal questão, e por meio da Portaria GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008 vem estimulando a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da

Família na rede de serviços, o processo de territorialização e regionalização a partir da Atenção Básica (BRASIL, 2008).

Esses Núcleos de Apoio à Saúde da Família devem ser constituídos por equipes compostas por trabalhadores de diferentes áreas de conhecimento para atuarem em parceria com as Equipes Saúde da Família, no compartilhamento das práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade, inclusive apoiando-as.

Neste sentido, os NASF não se constituem em porta de entrada do sistema, mas como apoio e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes Saúde da Família com responsabilização compartilhada.

Para efeito de repasse de recursos federais, a referida portaria dispõe que os municípios poderão compor os NASF 1 deverá ser composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes composto pelas seguintes ocupações: Médico Acunputurista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional.

Os NASF 2 deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas que poderão compor os das seguintes ocupações: Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional.

As Equipes de Saúde da Família e a equipe do NASF deverão ter responsabilização compartilhada por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho para com a comunidade, a partir da revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS (BRASIL, 2008).

Portanto a organização dos processos de trabalho para a produção do cuidado em saúde nas USF deverá ocorrer a partir do trabalho

interdisciplinar, agregando trabalhadores com novas competências e com outra forma de se relacionar com o seu objeto. Por isso, acreditamos que tal relação ficará condicionada não apenas na compreensão, mas também na forma da abordagem à saúde, como nas competências dos trabalhadores e do apoio matricial às equipes.

O apoio matricial ou matriciamento é definido como

a oferta de conhecimentos, saberes tecnológicos, apoio técnico para a organização de serviço, apoio técnico-profissional para realização de algumas ações em saúde, supervisão técnica a distância e presencial, apoio à gestão do cuidado de determinados grupos de risco e auxílio na identificação e inclusão de recursos terapêuticos existentes no território no cardápio de ofertas das unidades, com o objetivo de melhorar a efetividade da interseção trabalhador/ equipe/ usuário produtora de saúde (SANTOS, 2006, p.122).

A nosso ver, a implementação dos NASFs na prática cotidiana das ESF em Alagoinhas, deverá possibilitar uma experiência inovadora no campo de trabalho interdisciplinar que permitirá o contato com diferentes experiências de vida, enriquecendo o saber, e trazendo novas formas de cooperação e comunicação entre os profissionais e usuários no PSF na construção de projetos terapêuticos individualizados para os usuários do serviço.

No entanto, para efetivação dos NASFs, é fundamental pensar na capacidade de mobilizar os recursos humanos da rede municipal de saúde em torno desse novo modelo de organização dos trabalhadores no PSF.

O trabalho no PSF de Alagoinhas está centrado no foco domiciliar (indivíduo e família) e no acompanhamento dos grupos de risco, além das ações de prevenção e promoção a saúde realizadas na unidade e no território da USF.

Concretamente, nesse município estudado, o **objeto de trabalho** das ESF está centrado nas Ações Programáticas e na Vigilância da Saúde, através de um conjunto de intervenções programadas com garantia de acesso e acompanhamento contínuo. Da Vigilância à Saúde foi incorporada uma abordagem de risco no território e a prática assistencial a grupos vulneráveis, e das Ações Programáticas à abordagem assistencial a grupos de risco determinados.

Na realidade do SUS- Alagoinhas podemos constatar, que o modelo Em Defesa da Vida surge apenas como uma “imagem objetivo” para o sistema de saúde, a partir da construção das bases teóricas que almeja o que se deseja para a saúde municipal, com a proposições de novas práticas a serem instituídas rumo à integralidade das ações por meio da organização das ações que ponham o sujeito como elemento central do cuidado em saúde.

Para Franco e Merhy (2007) o PSF tem sua matriz teórica circunscrita prioritariamente ao campo da Vigilância da saúde, de maneira que o trabalho fica quase que restrito à realização de ações no território e que em grande medida os cuidados oferecidos pelo Programa estão pautadas em ações no ambiente em detrimento da prática clínica.

Embora reconheçamos a importância da Vigilância à saúde como estratégia na produção do cuidado no PSF, comungamos com Franco e Merhy (2007) que tal modelo não é suficiente para responder a complexidade dos problemas de saúde, uma vez que a Clínica enquanto campo de conhecimento e práticas específicas assume função subsidiária no Programa e a Epidemiologia é colocada como a parte nobre do sistema de saúde, o que cria restrições para que a Clínica (re)significada/ampliada seja utilizada em todo o seu potencial para a produção do trabalho em saúde.

Neste estudo, entretanto, nos identificamos com a concepção de Freire (2005) embasada em Campos (1994) que recusa a oposição entre Clínica e Epidemiologia, ou a distinção radical entre os campos de conhecimentos e de práticas fundados por estas disciplinas, uma vez que,

a Saúde Pública tem suas diretrizes e práticas assentadas em um conjunto de determinantes; um deles – e nem sempre o hierarquicamente mais forte – é o conhecimento epidemiológico, outro é o clínico, outros são de ordem das políticas sociais. (...) Não há oposição e antagonismo, em princípio, entre a Epidemiologia e Clínica. Esta última é um caso particular da primeira (CAMPOS, 1994, p. 67).

A Ação Programática em Saúde por sua vez, conforme Mendes-Gonçalves (1994) pode ser definida como uma proposição de organizar o trabalho em saúde fundamentada no ideal da integração sanitária, buscando se inspirar em tecnologias de base epidemiológica. Nesta lógica, as Ações

Programáticas propõem a combinação do atendimento à demanda espontânea a outra demanda que é programática.

Nesse aspecto, esse modo de organizar as práticas de saúde apresenta contradições na medida em que de um lado, a demanda espontânea tende a reproduzir um modelo médico centrado, por outro, o atendimento programático, tomando suas necessidades a partir do saber epidemiológico pode se tornar completamente burocratizada e sem reconhecimento de um valor de uso para usuários e muitas vezes para os próprios profissionais.

Todavia Santos (2006), concebe a Ação Programática como uma tecnologia, um conjunto de ações de acompanhamento a grupos populacionais que apresentam maior vulnerabilidades ou condições especiais que os qualifiquem como grupo de risco. São grupos populacionais que, por terem vulnerabilidade maior, obrigam-nos a vigiá-los, acompanhá-los.

Para este autor, as Ações Programáticas são elementos que constituem o modelo tecno-assistencial e se caracterizam como tecnologia de organização da linha de produção do cuidado, para grupos de maior vulnerabilidade, reduzindo sua morbi-mortalidade.

Outrossim Freire (2005) complementa que a Ação Programática enquanto tecnologia de gestão, operada pelos trabalhadores de saúde, pode proporcionar um eixo para que os profissionais trabalhem com o conceito de risco através de etapas que estruturam sua ação tecnológica dentro do modelo a partir das atividades considerando os aspectos:

identificação do risco para captação de clientela,

estratificação do risco, permitindo abordar de forma diferenciada cada indivíduo em seu contexto,

intervenção orientada por um conjunto de ofertas programadas segundo o risco e sua estratificação,

monitoramento das ações como momento de revisitar as etapas anteriores e de avaliação dos resultados da intervenção e da equipe

As Ações Programáticas, portanto, enquanto tecnologia de gestão

(...) consiste na releitura desta tecnologia em saúde recolocando-a como um dos constituintes da matriz produtiva que organiza o processo de trabalho das equipes das Unidades Básicas de Saúde, ao lado de outras tecnologias como o acolhimento, o atendimento individual, o acolhimento de risco no território, os procedimentos e o monitoramento e gestão. Ou seja, dentre o universo de necessidades de saúde há um conjunto para o qual existem tecnologias de abordagem que produzem impacto individual e coletivo na qualidade de vida das pessoas. Para estas necessidades é possível, senão obrigatório, disponibilizar intervenções tecnicamente adequadas (FREIRE, 2005, p.90).

Pensada desse modo, as Ações Programáticas têm um caráter inovador e deve operar ao lado de outras tecnologias, levando o trabalhador a um novo processo de trabalho frente às necessidades de saúde, de forma a compreender, significar e intervir, em busca da Resolubilidade, contribuindo para gerar níveis crescentes de autonomia para os usuários e para a própria equipe de saúde.

No entanto, quando usada de maneira burocratizada, reproduz um modo de produzir saúde “engessado”, com a reprodução de um modelo centrado em rotinas/normas preconizadas por programas direcionados a usuários portadores de riscos determinados.

Podemos ver em alguns depoimentos que trabalhadores referem que a organização do atendimento por grupos específicos ajuda na condução do atendimento e permite uma melhor atenção prestada no Programa.

Antes não tinha como a médica atender adolescente, como atender homem, atendia de uma forma geral, (...) agora tem assim marcação para homem, aí faz assim a semana do atendimento do homem, a semana do atendimento para mulher, para adolescente, para criança, para menorzinhos de zero a cinco anos ou de seis a sete anos, a enfermeira também agora tem o grupo do ferro, do programa do ferro que atende as crianças de zero a um ano e seis meses e os próximos até três meses (...) então antes a gente não tinha condições de fazer esses grupos específicos que agora está tendo, a médica faz os dela, a enfermeira faz os dela (...) (E. 2, Grupo I).

Eu acho que PSF é isso mesmo, eu acho que agora é que a gente está conseguindo engajar mesmo no Programa, (...) era muita gente junta, aí a gente não tinha condições de fazer palestra, a gente não tinha condições de fazer uma sala de

espera, a gente não tinha condições de fazer nada porque era muita gente, não trabalhava com grupos específicos; agora não, a gente está organizando tudo, a médica e a enfermeira estão mostrando os seus grupos específicos, aí fica melhor para gente (E.3, Grupo I).

O acompanhamento dos hipertensos é feito (...) o bom é isso o hipertenso (...) ele tem a vaga dele garantida, ele passa um período pelo médico e depois três ou é duas consultas com a enfermeira, que já sai agendado (...) A gestante aí marca uma consulta pra enfermeira caso tenha algum problema que ela vê que não pode resolver ela transfere pra o médico (E.9, Grupo I).

Os trabalhadores que atuam no PSF se dedicam ao acompanhamento de grupos de risco caracterizados pelas gestantes, crianças menores de cinco anos, hipertensos, diabéticos e mulheres em idade fértil (realização de exames preventivos e planejamento familiar) a partir da organização da agenda do médico e enfermeiro para o atendimento desses usuários das USF.

Os depoimentos apontaram também para a desintegração do trabalho em equipe, pois segundo relataram os trabalhadores, existem grupos/ações direcionadas para cada trabalhador (médico e enfermeiro) o que revela uma dicotomia no cuidado ao usuário.

A partir das observações conseguimos visualizar essa situação de divisão dos grupos de trabalho. Nas unidades pesquisadas observamos que a enfermeira absorvia o atendimento de praticamente todos os grupos, enquanto o trabalhador médico atendia principalmente os Hipertensos e Diabéticos e Crianças além dos casos referenciados pela enfermeira dos grupos que atende.

A divisão do atendimento dos grupos específicos entre os trabalhadores, na maioria das vezes ocorria pelo fato de determinados médicos não possuírem “afinidade” para atender determinado grupo de pacientes, de maneira que esse trabalhador se limitava a atender alguns grupos e servir de referência para alguns não resolvidos pela enfermeira.

Acreditamos que seja necessária a divisão do trabalho das equipes para potencializar a resolubilidade no PSF, contudo isso deve ocorrer de maneira pactuada e integrada e não fragmentando olhares sobre indivíduos, e sem perder de vista a dimensão do cuidado.

Entendemos que a ação interdisciplinar da à possibilidade de reconstruir a prática do conjunto de trabalhadores, o que resulta na soma de olhares distintos sobre a assistência a saúde prestada, bem como pode facilitar uma abordagem integral aos indivíduos.

O cenário observado nos deu a possibilidade também de observar que o atendimento nas USF aos usuários inicia-se na recepção, seja para a demanda agendada, seja para a demanda espontânea. Ao receber o usuário, o técnico de enfermagem questiona a sua necessidade/problema. Se estiver agendado para médico ou enfermeira, ele organiza os prontuários (que foram previamente separados no dia anterior) por ordem de chegada e os levam para a sala do médico ou enfermeiro, conforme o caso, enquanto o usuário aguarda o início do atendimento na sala de espera.

Se a demanda é espontânea (queixas de dor, casos de hipertermia, crise hipertensiva...) esse usuário é encaminhado para a enfermeira, que o atende, procedendo as orientações a cada caso e, a depender da capacidade resolutive para cada situação poderá ou não fazer os encaminhamentos necessários. Quanto a atuação do profissional médico na unidade observamos de um modo geral que eles faziam os atendimentos, após a solicitação dos técnicos de enfermagem e enfermeiros.

Já em relação ao atendimento odontológico, caso da demanda organizada, o usuário é encaminhado diretamente para o cirurgião dentista, segundo a ordem de chegada dos usuários, os quais ficarão aguardando o início do atendimento na sala de espera. A triagem para atendimento odontológico é realizada pelo Auxiliar de consultório dentário (ACD), que igualmente procederá aos encaminhamentos necessários.

Embora não exista uma agenda organizada para o atendimento dos casos agudos/demanda espontânea que chegam às USF de Alagoinhas, vimos que em todas as unidades pesquisadas há garantia do atendimento de urgência aos usuários do serviço, realidade também referidas nos depoimentos dos entrevistados.

O certo mesmo é atender urgência caso assim de febre, criança com vômito, pessoas mesmo que na hora da recepção, quem está na recepção pergunta o que a criança tem; adulto mesmo, a depender da do problema é encaminhado ou para a

enfermeira ou para o médico, mas é coisa assim que acontece sempre; mas o que eu vejo muito aqui é a responsabilidade de um profissional que é difícil mesmo chegar uma pessoa se queixando de alguma coisa e ele dizer 'não vou atender', não acontece, nem isso acontece aqui; todos os usuários são atendidos, mesmo que não esteja na marcação é atendido, coisa que acontecia antigamente (...) (E.13, Grupo I).

Assim ai chega um paciente hipertenso, com a pressão alta, fazemos a medicação sublingual, atendemos ele, as vezes é assim uma gestante com um sangramento, a gente avalia e se preciso for, encaminhamos para a maternidade (E.19, Grupo I).

Os depoimentos dos usuários convergem com os depoimentos desses trabalhadores aqui destacado:

Teve um dia mesmo que minha mãe estava na clínica fazendo fisioterapia, ai eu chamei o SAMU, eu levei para o posto ela [médica] atendeu minha mãe, olhou tudo direitinho e me orientou a levar pra emergência (E.24, Grupo II).

Hoje mesmo (...) eu não vim na questão de ser atendida por médico, eu vim só verificar minha pressão, mas quando eu cheguei aqui minha pressão estava lá em cima elas não deixaram eu ir me embora, disse que tinha médico na unidade e que eu tinha que ficar para ser atendida pelo médico (E.29, Grupo II).

Diante da realidade aqui colocada, há nuances das tecnologias leve no trabalho do PSF, com um comprometimento e responsabilidade profissional com as necessidades dos indivíduos, sejam elas necessidade de atendimento imediato (urgência) ou atendimento programático, compondo assim o cardápio de serviços oferecidos no Programa, para que de fato possam dar Resolubilidade às demandas dos usuários.

Porém, são situações ainda muito pontuais, até porque, a discussão sobre atendimento a demanda espontânea no PSF, ainda é pouco realizada na prática cotidiana das ESF, às vezes esses ruídos nas equipes aparecem como um desconforto à grande demanda de usuários que adentram as USF com queixas agudas, o que faz com que os trabalhadores se “questionem” sobre as

ações do PSF ou mesmo se sintam trabalhadores de pronto atendimento, que muitas vezes acaba sem resolubilidade.

Entretanto, consideramos que é um erro estratégico do Programa organizar e estruturar as suas demandas exclusivamente referenciados pelas equipes além de limitante às possibilidades de atendimento à demanda espontânea, uma vez que conforme Franco e Merhy (2006) poderão levar ao enfraquecimento das potencialidades que se espera do PSF, visto que a população ao apresentar problemas agudos de saúde, situações de sofrimento e angústias continua procurar atendimento nas Unidades de Pronto-Atendimento e Prontos-Socorros, reforçando assim os projetos médicos hegemônicos para responderem a suas necessidades de saúde imediatas.

No entanto, divergindo da opinião de que as ESF atendem os casos de urgência, encontramos o E. 31 que relatou que muitas vezes para ser atendido em casos agudos foi necessário entrar em conflito com a equipe.

(...) eu acho isso um absurdo para que tem o posto?, se aqui tem remédio? se aqui tem o médico? eu acho que a obrigação deles é atender, uma vez aqui eu briguei, teve uma vez aqui que eu briguei (...) porque essa minha menina tem problema de infecção e a médica já estava atendendo, só que ela tinha botado outra pessoa e a médica não podia atender, então eu briguei no posto para ser atendida, cheguei, era 13:00 hora, [médica ia atender 13h30`] para tentar ser uma das primeiras pra começar, mesmo assim quando eu fui sair daqui eram 17:00 horas com minha filha, me passaram um remédio, uma dipirona, um infectrim e pronto, minha filha foi atendida porque eu briguei, porque senão ela não tinha sido atendida, eu acho isso um absurdo (E.31, Grupo II).

No PSF defendemos que ele não deve direcionar exclusivamente o seu atendimento para a demanda espontânea por meio do pronto-atendimento, mas, sobretudo organizar os processos de trabalho das equipes para garantir o acolhimento dos casos agudos que chegam a essas unidades, com compromisso, responsabilização bem como a realização de encaminhamentos seguros quando se fizer necessários.

O modo de intervenção dos trabalhadores sobre os problemas dos grupos ocorre a partir de realização de consultas individuais mensais compulsórias e espaços para atividades coletivas e realização de atividades no território (visitas domiciliares).

Os usuários portadores de Hipertensão e Diabetes, bem como as crianças menores de um ano (Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil) e gestantes, possuem um atendimento programado e voltado para o acompanhamento programático.

A disponibilização das ofertas programadas no PSF ocorre de maneira organizada e com garantia de retorno dos usuários pertencentes aos grupos vulneráveis e com o agendamento facilitado explicitados nos depoimentos dos usuários a seguir.

Os hipertensos (...) dificilmente vão pra marcação, eles geralmente, as meninas é (...) fazem justificativas, marcam na agenda ou eu, ou até já vai para consulta com o médico e a próxima já sai agendada, porque tipo assim já tem o 'caderno ne', como falei dos hipertensos o médico atende toda segunda a tarde e quinta pela manhã, então isso aí a gente já divide, né, dificilmente eles pegam fila, só se for o caso de um novato, que descobriu há pouco tempo que tem hipertensão, ou alguém que passou mal ou algum médico do Bião pediu para retornar ao posto, mas basicamente é essa. A gente divide o trabalho, o hipertenso ele é acompanhado pela enfermeira e de três em três meses ele volta para o médico, se é hipertenso 'novo' [1ª consulta] a gente encaminha para o médico ver a questão da medicação (E.14, Grupo II).

(...) para quem é hipertenso e diabético é mais fácil, eles já marcam logo a consulta, não tem problema, isso aí eles não têm nem o que falar, eles tratam bem eles (E. 25, Grupo II).

Olha, as pessoas que têm a saúde 'normal' a gente tem o dia certo de marcar, e as pessoas que são hipertensos não precisam, tem o dia certo deles virem, caso eles precisarem antes desse dia certo, eles tem o dia certo toda quarta-feira né, as vezes se eles se sentirem mal antes podem vir que eles são atendidos, eu fui atendida, com certeza, fui atendida (E. 29, Grupo II)

(...) porque assim como a enfermeira, como ela faz planejamento, ela atende a gente bem, passa a injeção correta, certinha para gente não errar, aí eu não tenho nada o que dizer, por que quando eu preciso sempre, às vezes não é o dia, mas ela passa para mim (E. 32, Grupo II).

Os trabalhadores convergem os seus depoimentos com os usuários, no sentido de facilidade encontrada pelos grupos de risco no atendimento da unidade.

(...) nos casos de hipertensão, diabetes, idosos, crianças, adolescentes, gestantes enfim, a gente faz as visitas e no decorrer a gente passa as informações para o posto, passa para ele, tem um elo de ligação, eu digo em leva e traz entendeu, ai a gente marca as consultas deles. (E.4, Grupo I).

A marcação para os hipertensos ela é feita (...) o bom é isso o hipertenso não precisa vir de madrugada, ele tem a vaga dele garantida, ele passa um período pelo médico e depois três ou duas consultas com a enfermeira, que já sai agendado, caso esqueçam de agendar, eu na micro-área mesmo, digo olhe você vá lá marcar qualquer hora que eles vão estar marcando essa consulta (E. 9, Grupo I).

Os hipertensos eles sempre conseguem marcar porque já ficam os agendamentos para eles (...) (E.10, Grupo I).

A partir da realidade observada vimos que as USF na medida do possível garantiam as condições necessárias para realizar o cuidado desses grupos de risco através da Programação em saúde, facilitando o seu atendimento com agendando dos retornos.

As Ações Programáticas são realizadas tanto pelas enfermeiras quanto pelos médicos, em abrangência total na agenda desses trabalhadores, com turnos fixos para os atendimentos o que acabam por inibir outras ações do Programa, como por exemplo o atendimento à demanda espontânea. Por isso, é um desafio para o município organizar a demanda e redefinir o modelo de atenção, para dar resolubilidade aos problemas de saúde de sua população.

A assistência pré-natal, de uma forma geral é realizada principalmente pela enfermeira e, só os casos de intercorrências, são encaminhados para o médico. Os grupos dos Hipertensos e Diabéticos têm um acompanhamento mais interdisciplinar, com ofertas programadas para médicos tanto para enfermeiros, além do mais, a avaliação do risco eles devem retornar mensalmente ou trimestralmente à USF.

A experiência prática também mostrou que a população não aceita a programação de intervenções segundo uma normatização, a maior prova disso são os depoimentos dos usuários entrevistados (E.27 e E.28).

(...) tem um dia que só é dia de terça que consulta gestante, consulta para preventivo, marca na terça, vacina também tem um dia, mas sempre é de manhã; a tarde já não tem mais

vacina, a tarde faz curativo como saiu uma pessoa aqui nesse instante, eu não entendo porque tem muita hora que a pessoa não tem aquele tempo de manhã, com certeza, porque tem vezes que a pessoa trabalha de manhã não é isso, e só tem a tarde até o posto trazer a criança para tomar uma vacina (...) (E.27, Grupo II).

(...) o curativo é sempre de tarde (...) porque às vezes assim de tarde às vezes eu me deito de tarde e acordo um pouquinho assim passando do horário, aí eu já sei não dá pra eu ir, mas elas me dão o material, aí o material que eu levo daqui aí dá para eu passar assim no máximo 2, 3 dias (...) já teve vez de vir e chegar 3:00h e 3:30h e 3:20h (vespertino) oh meu Deus, mas aí olha você leva seu material, cuida e por que só amanhã agora, você venha mais cedo, o posto fecha 4:00h` (...) (E.28, Grupo I).

Diante de tais falas, observamos que a organização do serviço no PSF ao 'enquadrar' os indivíduos em rotinas rígidas de programação, desconsideram suas subjetividade e singularidades como, e não produzem cuidado, muito menos "ver" o usuário como o sujeito central de sua ação.

Acreditamos que para além de garantir o atendimento a grupos específicos, é necessário acolher as necessidades dos indivíduos e dos coletivos, incorporando à prática dos trabalhadores a (re) significação e a compreensão das necessidades de saúde com avaliação do risco (estratificação) de forma coletiva e integral e o acesso a todas as redes assistenciais quando se fizer necessário.

No entanto é preciso pensar a existência de linhas do cuidado previamente elaboradas pelas Ações Programáticas, a partir da oferta de cuidado em saúde para grupos portadores de vulnerabilidade ao invés de cardápio rígido de atividades burocratizadas no âmbito do Programa de Saúde da Família, além de trazer a necessidade de trabalhar a oferta de intervenções nos diversos níveis de atenção à saúde no estabelecimento da programação em todos os níveis, valendo-se do sistema se valendo de protocolos² que sejam discutidos coletivamente entre os sujeitos.

² **Protocolos:** são consensos técnicos produzidos em espaços coletivos sobre como abordar determinados temas da saúde; uma norma técnica elaborada a partir de um consenso para cada tema (SANTOS, 2006, p.115).

Algumas linhas do cuidado estão previamente determinadas pela existência de programas de atenção a determinados riscos à saúde ou grupos de vulnerabilidade, o que significa dizer que há um conjunto de ofertas de intervenção pré-definidas para estas situações e que fazem parte da programação do sistema, ou seja, a uma certa população de hipertensos deve haver a possibilidade de acesso no sistema a um dado número de procedimentos especializados (FREIRE, 2005).

No que diz respeito à organização do trabalho no PSF o depoimento do entrevistado 6 diverge, ao afirmar que a Saúde Bucal não está organizada com base nas Ações Programáticas e sim na demanda espontânea.

Então nossa demanda é espontânea justamente pelo que eu falei no início [...] a quantidade de necessidade realmente fica difícil a gente fazer programas específicos, tal turno só atender crianças, tal turno só atender gestantes, tal turno ao atender só idosos, porque a necessidade da demanda espontânea é imensa [...] então **a gente acaba deixando uma marcação de demanda espontânea e aí entra todo mundo né (...)** (E. 6, Grupo I).

A grande demanda de usuários para Saúde Bucal foi colocada como um dos aspectos que não permite se trabalhar com a organização da agenda do dentista por grupos específicos, de maneira que a oferta de consultas odontológicas por meio da marcação por demanda espontânea é a única alternativa vislumbrada pela entrevistada para dar “acesso” a uma maior parte de usuários quando afirma que “a gente acaba deixando uma marcação de demanda espontânea e aí entra todo mundo (...)”.

A própria entrevistada 6 resume esta situação ao complementar o seu depoimento que

Eu falando particularmente da parte, da minha área né, odontológica, um paciente que a gente embora tenha que olhar como um todo eu vou esquecer um pouco do todo um pouquinho para falar da boca, são trinta e dois dentes, é muito raro resolver um paciente me procura para resolver o problema de um dente, que geralmente tem vários problemas na boca entendeu, então assim, como a demanda é muito grande eu não tenho como garantir a volta dele, o retorno dele até ele acabar o tratamento, porque senão nunca vai entrar pacientes novos, ia ser sempre ele, eu atendendo digamos 50 pacientes para poder eu acabar esses 50 pacientes depois de um

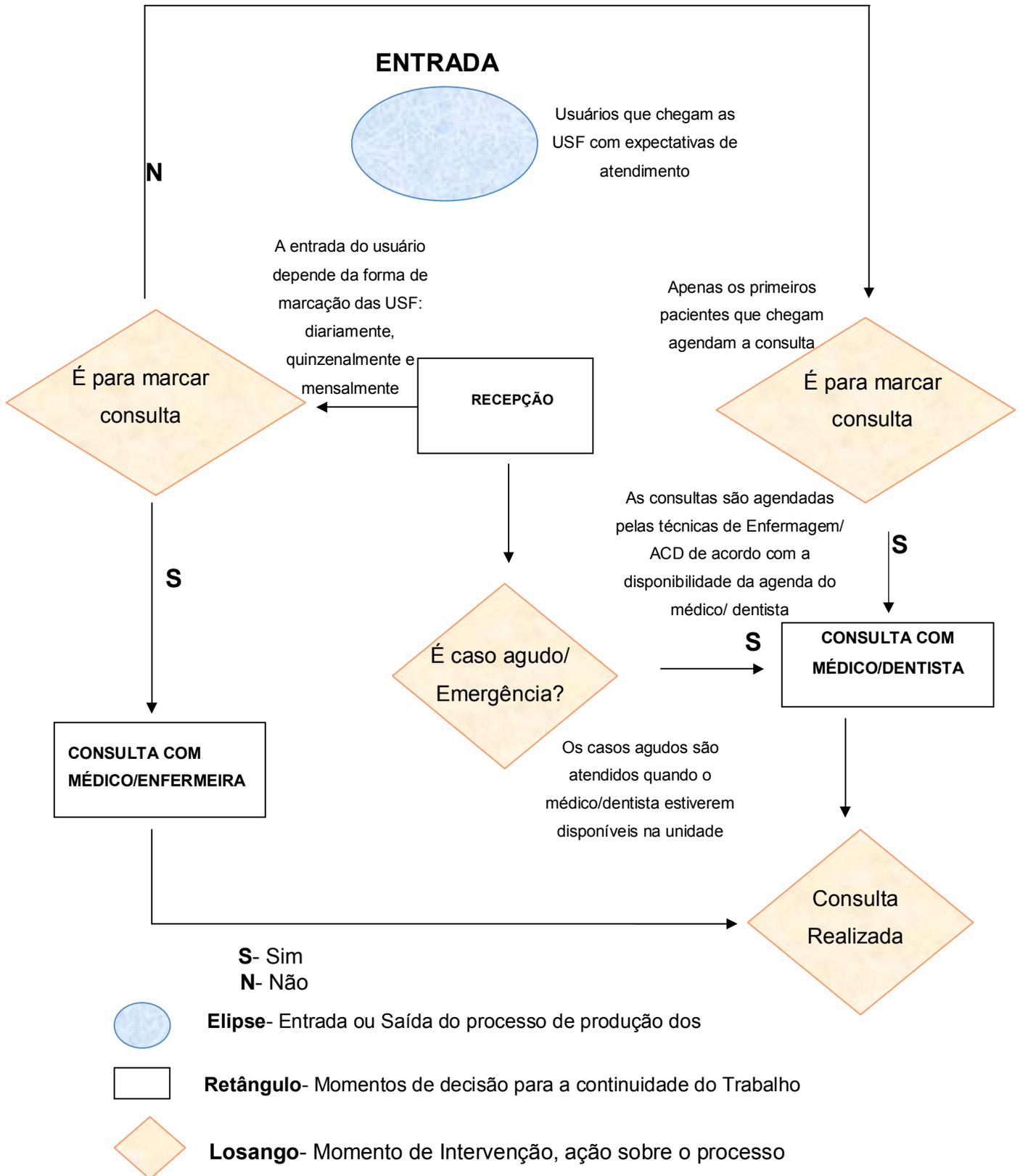
determinado tempo, porque o problema dele não resolve nem em um, nem em dois, nem em três vezes, acaba que não iria passar para outra, então eu acho que a questão tem haver muito com a demanda, com a dificuldade de a gente dar essa resolubilidade por causa da demanda, porque as necessidades realmente são grandes (E.6, Grupo I).

Essa opinião pode ser reforçada com o depoimento da outra trabalhadora

Olha quando é para fazer procedimento (...) vamos supor, são vários procedimentos e a gente não tem como deixar aquele paciente começar e terminar o tratamento dele, porque as condições que a gente tem lá é um dentista para dois PSF então são, é muita gente então a gente não tem como aquele paciente a gente acompanhar até o final porque foi área desassistida por muitos anos e agora que tem um PSF por dentista aí dificulta a gente tá acompanhando aquele paciente do início ao final porque geralmente a gente tem muita coisa pra fazer, então vai demorar anos pra poder fazer aquele tratamento e aí o que é que a gente faz toda vez, uma vez por semana tem a marcação e eles podem é livre, depois dessa semana pode vir na outra, pode vir na outra, a gente não tem como assegurar ta marcando ele até terminar o tratamento, por conta da demanda que é muito grande (E.22, Grupo I).

Vemos assim, pelas falas destes sujeitos que a oferta de serviços odontológicos no PSF não tem sido suficiente para a demanda dos usuários, mas não consideramos que esse motivo deva servir de justificativa para que os usuários do serviço sejam penalizados e não tenham a garantia do tratamento integral.

Embasada em Franco (2006) criamos o Fluxograma Analisador 1, para ilustrar como se dá o processo de trabalho das equipes no acompanhamento dos usuários nas USF.



Fluxograma Analisador 1 Processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família do município de Alagoinhas-BA (entrada do usuário na USF e o acesso as consultas).

O Fluxograma 1 retrata de forma esquemática o processo de trabalho nas Unidades de Saúde da Família do Município de Alagoinhas com um recorte da entrada do usuário (acesso a consultas), construído com base nos depoimentos dos trabalhadores e observação realizada no cenário da pesquisa.

No primeiro momento do Fluxograma, observamos a entrada dos usuários é limitada, pois está condicionado a forma como a unidade organiza a marcação das consultas para médicos e dentistas que pode ser uma mensalmente, quinzenalmente e há até unidades que agendam as consultas diariamente.

O acesso à consulta no PSF ocorre a partir da recepção pelas técnicas de enfermagem para as consultas médicas e de enfermagem e pelo assistente de consultório dentário (ACD) para os cirurgiões dentista, por meio de um processo sem qualquer critério plausível, e muitas vezes burocratizado na medida que só agendam aquelas pessoas apenas por ordem de chegada, levando a uma grande demanda reprimida de usuários que não conseguem ter a sua necessidade respondida.

Em decorrência da baixa oferta de consultas (médico/dentista) a maior parte dos usuários é excluída da assistência, inclusive é visível a inexistência de acolhimento, diálogo e escuta para conhecer as necessidades/expectativas/angústias dessas pessoas.

Todavia observamos, que os portadores de Hipertensão e Diabetes, assim como as gestantes e crianças menores de um ano que têm o acesso facilitado às consultas (médico/enfermeiro), devido as Ações Programáticas.

Ressaltamos contudo naqueles momentos de observações um avanço no Programa no que se refere a responsabilização no atendimento aos casos de urgência (casos agudos) o que demonstra certa Resolubilidade do serviço.

De um modo geral percebemos que o PSF de Alagoinhas garante o acesso principalmente a indivíduos portadores de determinados agravos e riscos, o que nos fez interrogar? “ser doente” (hipertensos/diabéticos) e “está doente” (casos agudos) ampliam o acesso às consultas no PSF de Alagoinhas? Mais afinal de que processo de trabalho estamos falando? Aquele que produz o cuidado? Ou aquele centrado na doença?

A questão da demanda reprimida no PSF de Alagoinhas é um problema enfrentado pelos seus usuários. Em um determinado dia ao chegamos às 13:00 h em uma USF percebemos existência de imensa fila de usuários do lado de fora da unidade para o agendamento da consulta médica e odontológica, agendada na recepção da unidade apenas uma vez por mês para cada microárea da ESF, sempre nos períodos vespertinos.

Na referida unidade o critério para o agendamento de consultas é o de ordem de chegada, conforme a distribuição de senhas de acordo com o número de consultas disponíveis na agenda do médico e cirurgião dentista para cada microárea da área de abrangência da USF.

Notamos que muitos usuários após uma longa espera na fila, saíam da unidade sem conseguir agendar a consulta, no entanto mostravam-se aparentemente 'conformados' e 'dispostos' a retornarem no mês seguinte para 'disputar' uma marcação de consulta. Aqueles que conseguiam agendar pareciam alegres e vencedores com aquela conquista. Outrossim, há também divergências nas falas apresentadas denotando-se insatisfação dos usuários devido às dificuldades que enfrentam no acesso a marcação de consultas no PSF,

Para minha mãe eu não tenho dificuldade, mais eu vejo muita gente aí se queixando, por causa da marcação que é difícil, que eles não sabe dizer o dia certo (...) (E.24, Grupo II).

(...) só tem um dia na semana que marca com o médico, aí vem de manhã cedo ou tem muita gente que dorme aqui para poder conseguir como dentista mesmo, o dentista tem muita gente que dorme aqui, porque é muita gente para marcar (...) (E.27, Grupo II).

Eu venho, aí eu tenho o que marcar o dia do médico, aí eu venho. Muita gente vem cedo quatro horas da manhã. Agora para o dentista é difícil, às vezes acho, depende do tipo, às vezes tem 20 vagas (E. 30, Grupo II).

(...) tem que vir de madrugada para não perder o lugar e tem gente que chega de sete horas em diante e brigar por ficha, só tem ficha sete horas, se você vem oito horas não vai ser atendida meu amor (E.31, Grupo II).

Os usuários expressam claramente expressam a dificuldade de acesso as consultas e da insuficiência no número de vagas, além de continuarem enfrentando filas e comparecendo as USF cada vez mais cedo

"quatro horas da manhã" para disputar e em poucos casos agendar as consultas, o que tem provocado grande demanda reprimida sobretudo para consulta médicas e odontológicas.

A fala da entrevistada 24 demonstra divergência em relação às outras, pois focaliza a mãe. Percebemos durante a coleta de dados que essa usuária tinha uma relação mais próxima com a equipe e que o atendimento para a sua mãe era facilitado em decorrência da paciente ser idosa e apresentar seqüela de Acidente Vascular Encefálico.

A Entrevistada 32 traz um depoimento diferente em relação a essa questão

É assim a gente agenda um mês antes, cada uma semana é uma área dos agentes comunitários (...) como hoje mesmo se eu perder essa ficha agora só para o mês, para o mês também pode ser que eu não tenha tempo (...) (E.32, Grupo II).

Esse depoimento ilustra uma maior dificuldade de acesso as consultas para os usuários, pois nessa USF a marcação acontece mensalmente, prejudicando mais ainda a questão do acesso para as consultas.

Alguns trabalhadores têm depoimento convergente aos dos usuários no sentido da dificuldade no acesso as consultas nas USF,

Muita gente dorme na fila na unidade, se a marcação for na segunda por exemplo, eles dormem no domingo para marcar. Eles costumam chegar cedo, porque a gente vê, eles trazem garrafas e a gente vê, e infelizmente nem todos conseguem marcar consultas (E.8, Grupo I).

(...) a marcação geral da semana, que é de quinze em quinze dias, as vezes a quantidade de fichas é pouca, as vezes sobra, outros dias eles voltam pra casa sem marcar, mas é difícil (...) (E.10, Grupo I).

A realidade trazida nessas falas sobre o acesso a consultas (médica e odontológica) nos PSF ocorre de forma burocratizada e excludente, utilizando-se para marcação de consultas a fila. Contudo, de uma maneira geral, as USF estudados têm diferentes formas de organização de marcação de consultas. Nas USF a agenda da enfermeira está aberta indistintamente para a marcação de consultas de enfermagem todos os dias da semana, em

contrapartida, a agenda o médico tem um número pré-determinado de consultas que não satisfaz, havendo assim uma demanda reprimida.

O sistema de marcação de consultas nas USF não é homogêneo, de forma que existe uma diversidade de formas de marcação. Existem unidades que agendam consultas diariamente, outras quinzenalmente e até aquelas que marcam as consultas mensalmente.

O agendamento e as consultas lá fazem de segunda a sexta, a gente tem assim algumas consultas que as meninas as técnicas para ficar mais fácil a gente faz tipo assim: na segunda-feira, elas marcam consultas de segunda para terça, segunda e terça para o médico, então sexta-feira de manhã o paciente vai, né que tá querendo a consulta medica, ele vai ter consulta marcada para segunda e pra terça né, aí no caso do médico, na terça-feira marca pra criança na quarta, agenda sempre de um dia para o outro, marca na sexta pra segunda, só que elas já aproveitam e marcam segunda e terça que é demanda (E.14, Grupo I).

A marcação para médico e dentista é de quinze em quinze dias, ficou até melhor assim porque aumentou a quantidade de consultas para um dia só e um total de sessenta vagas para adultos e 40 para crianças, mais eu acho muito pouco ainda para essa comunidade (E.9, Grupo I).

Essa situação encontrada na prática do PSF diverge daquela concebida pelo município no seu Relatório de Gestão 2005 (ALAGOINHAS, 2005- DOC 3), ao enfatizar que somente haverá agendamento futuro para indicações terapêuticas (retorno), ninguém deve ser agendado sem avaliação de risco, para que acabe com a prática de abrir agendamento em alguns dias do mês sem avaliação prévia dos casos.

O documento discute ainda a necessidade da Unidade Básica de Saúde funcionar com várias portas de entrada, uma entrada dos pacientes de retorno, e outras portas para os casos novos e para as intercorrências (imprevistos) através do acolhimento como dispositivo de ampliação do acesso.

A teoria e a prática nesse sentido encontram um espaço de conflito, onde há contradição entre o que é proposto pelo modelo de saúde municipal e a prática dos trabalhadores e a vontade/necessidade dos usuários. Portanto resulta num prejuízo principalmente para os usuários PSF que passam pela não garantia de atendimento as duas demandas de saúde.

Embora o PSF em Alagoinhas tenha como característica o trabalho multiprofissional e em equipe, mesmo assim, há uma “super” valorização do saber médico, em especial pelos próprios usuários. Entretanto esse trabalho necessita de uma aproximação das demandas dos usuários, proporcionando assim uma flexibilidade que atenda a essas necessidades e que possa ser articulada com a diversidade de saberes dos diferentes trabalhadores para uma assistência integral e resolutive individual e coletiva ao paciente.

Franco e Merhy (2006) destacam que o PSF mitifica o generalista, como se esse profissional ou esta “especialidade” médica, conseguisse por si só, implementar “novas” práticas de saúde.

Concordamos com Gomes e col. (2005) que o trabalho em equipe na área de saúde proposto como uma forma de garantir uma pluralidade de olhares e saberes sobre a saúde como estratégia para proporcionar um atendimento mais integral aos usuários e superar a fragmentação e desresponsabilização proveniente da crescente especialização dos profissionais de saúde. No entanto, reconhecemos também que a simples reunião de profissionais com diferentes formações e práticas não garante que tal intuito será alcançado. Ao contrário, o que se tem visto são práticas que, ainda que não sejam contraditórias ou antagônicas, são realizadas de forma justaposta, fragmentada e não por interseções.

A dimensão organizativa do processo produtivo das Equipes de Saúde da Família em Alagoinhas se caracteriza pela realização de inúmeras atividades e pela intensa divisão de trabalho. As equipes prestam assistência por meio das atividades propostas pelo programa com valorização das ações voltadas para programas específicos (criança, mulher...) organizados de forma parcelada, fragmentada e isolada. Os trabalhadores embora reconheçam e se coloquem disponíveis para atuar em conjunto e demonstram interesse pelo que fazem, mas a demanda da comunidade pela assistência de saúde tradicional é intensa e forte.

A presença de múltiplos saberes e práticas, de diferentes processos de trabalho numa mesma equipe, aponta para uma prática de integralidade quando não se restringe às atuações individuais ou pontuais dos profissionais.

A heterogeneidade de práticas é essencial pra eficácia das equipes de saúde, na medida em que existam pontos de confluência, que suas interfaces sejam valorizadas.

Tal perspectiva, contudo traz o desafio de lidar com as próprias diferenças e com as diferenças dos outros está presente a todo o instante, o que traz, ao invés de barreiras, estímulo e riqueza ao trabalho realizado em equipe. O trabalho em equipe por sua vez de modo integrado,

(...) significa conectar diferentes processos de trabalhos envolvidos, com base em um certo conhecimento acerca do trabalho do outro e valorizando a participação deste na produção de cuidados; é construir consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais bem como quanto à maneira mais adequada de atingi-los (RIBEIRO et al, p.444, 2004).

Além dessas atribuições, o PSF exige novos conhecimentos de suas equipes e uma perspectiva integrada na análise dos problemas e no encaminhamento das soluções. O trabalho em PSF propõe também a organização de relações horizontais no interior das equipes, com o reconhecimento da competência de cada membro e a busca através do diálogo, a definição de uma ação conjunta e não apenas justaposta de todos os integrantes.

As **atividades desenvolvidas** pelas Equipes de Saúde da Família são bastante amplas e têm como principais objetivos proporcionar uma atenção integral às famílias, identificar os problemas de saúde, incentivar ações comunitárias, bem como estimular e desenvolver a participação da população local na solução de seus problemas e no exercício do controle social sobre os serviços que recebe.

Em relação às atividades desenvolvidas pelos trabalhadores do PSF, observamos a partir dos depoimentos o desenvolvimento de práticas individuais e coletivas dentro da unidade e no território.

Para o desenvolvimento das suas atividades as Unidades de Saúde da Família do município funcionam de segunda à sexta-feira das 8:00h às 12:00h e das 13:00h as 17:00h, variando em algumas unidades da zona rural em função do deslocamento das ESF como os carros da Secretaria Municipal

de Saúde. Nesses casos as unidades de um modo geral, passam a funcionar a partir da chegada desses trabalhadores encerrando o expediente às 16:00h. Em unidades localizadas em áreas urbanas consideradas de risco, essas unidades funcionam até as 16 horas.

De uma forma geral os trabalhadores que atuam no PSF realizam as atividades preconizadas pelo MS, de acordo com as características do processo de trabalho da Saúde da Família, descritas na Política Nacional da Atenção Básica que são (BRASIL, 2006- DOC 7):

- a) manutenção da atualização do cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilização de forma sistemática dos dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;
- b) definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;
- c) diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais freqüentes;
- d) prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;
- e) trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
- f) promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;
- g) valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;
- h) promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e
- i) acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

A partir dos depoimentos a seguir as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores são caracterizados em: assistenciais e gerenciais.

O trabalho aqui agente tem a nossa função principal de técnico de enfermagem que é administração de medicações, das vacinas, liberação de medicamentos, o teste do pezinho, o acolhimento dos usuários e fazemos também a parte do agente administrativo (...) (E. 1, Grupo I).

A gente traça o perfil de todas as famílias da nossa micro área ou da nossa área falando do PSF em si, e então em cima disso, do perfil, que é deficiente um do outro, mas é em cima disso que a gente procura ver como é que a gente pode atuar, como é que pode fazer certo, por exemplo que algumas coisas que a gente se bate muito por aqui é que algumas pessoas tem uns certos costumes certo, e então em cima disso a gente tem que respeitar os costumes deles, as crenças, pra poder resolver melhor (E.3, Grupo II).

Meu trabalho é (...) acompanhando gestante e idoso, pesando criança, a gente faz escovação, faz atividades na área de planejamento familiar, faz o acompanhamento do bolsa, faz trabalhos sobre DST também e visita domiciliar (E. 10, Grupo I).

No que se refere às atividades assistenciais, os técnicos de enfermagem desenvolvem um elenco de ações nas unidades de procedimento (sala de vacinas, sala de curativos, dispensação de medicamentos) e visitas domiciliares.

A equipe de saúde bucal realiza atendimento individual na unidade e poucas atividades preventivas com foco centrado na atenção a escolares por meio de técnicas de escovação juntamente com os Agentes Comunitários de Saúde.

Sobre a prática odontológica no PSF de Alagoinhas, o estudo de Santos (2005) já apontava que nesta perspectiva, essas atividades preventivas, focalizada a grupos escolares, fragmenta e reduz o campo do cuidado em saúde bucal, pois desse modo, concentrava ações em uma faixa etária específica e nessa lógica de atenção as ações preventivas em Alagoinhas vão se configurando no cotidiano das equipes de saúde bucal, de forma acrítica e limitada, na solução de problemas inerentes a este campo.

Conforme se pode observar na pesquisa de campo, que maioria das atividades dos médicos e enfermeiros situa-se no campo da assistência na unidade por meio de consultas individuais, solicitação de exames, e poucas as

atividades as ações de promoção à saúde no território, sendo estas ações realizadas mais pelas enfermeiras e ACS.

As atividades assistenciais somam-se às gerenciais e de planejamento como podemos observar nos depoimentos,

(...) então a gente trabalha com os agentes comunitários captando os dados desses doentes, selecionando os doentes, vê quais os que são diabéticos, os hipertensos, quais são as crianças que tem necessidade, que estão desnutridas, que precisam de um apoio, que precisam de uma visita, um paciente acamado, então a partir do momento que você capta todos os dados, você seleciona o atendimento, então a gente tem dia de atendimento de crianças, obstetrícia, pré-natal, infanto-juvenil, o adolescente, a gente dá orientação ao adolescente, faz palestra, ministra várias atividades dentro da comunidade, pra está orientando a comunidade e disciplinando esses atendimentos, o atendimento que é disciplinado, a gente sabe que todos os dias nós estamos na comunidade, todos os dias temos atendimento (...) (E. 16, Grupo I).

Além da parte das consultas que a gente faz, atende os hipertensos, diabéticos até caso de urgência a gente atende aqui, nós temos a parte administrativa, que fazemos um rodízio de três em três meses a gente troca, entre dentista, enfermeiro e médico, é preenchimento dos relatórios, solicitação de materiais, a folha de ponto (...) (E.23, Grupo I).

Embora exista um rodízio entre os trabalhadores de nível superior para realizar a gerência da unidade, em grande parte as atividades gerenciais e de planejamento são realizadas pela enfermeira, estando essa trabalhadora em contato direto com os ACS e técnicos de enfermagem, através da supervisão, acompanhamento e avaliação de suas atividades.

Ainda não se definiu em Alagoinhas, uma política para a gerência das Unidades de Saúde da Família. Acreditamos, contudo, que em virtude da complexidade das USF, a implantação das gerências nas USF poderá contribuir efetivamente para uma melhor interação das equipes com os dirigentes da Secretaria Municipal de Saúde.

Ao discutir essa questão, Santos (2006) fala inclusive da importância da instalação de colegiados gestores nas unidades, formados por trabalhadores de saúde e representantes do conselho local de saúde, para promover maior participação com responsabilização de todos nos processos

decisórios, e com a função de realizar divisão de tarefas inerentes ao funcionamento dessas unidades, o processamento dos problemas gerenciais e decisões numa gestão compartilhada.

As atividades de Informação em Saúde também fazem parte das atividades dos trabalhadores das ESF

Aqui na unidade, eu faço o trabalho básico né, que é todos os dias chegar aqui na unidade olhar se tem algum recado pra ir pra algum encontro ou reunião, sempre eu tô tendo o cuidado de está revisando nossas fichas, que ficam ali. A gente faz o cadastramento, quando termina de fazer o cadastramento tem que passar pro prontuário, que ficam ali no arquivo, e aí cada dia a gente tem que tá mudando né, porque sempre tá cadastrando alguém mais novo, sempre alguém saiu e sempre a gente tem que tá levando essas informações também pros associados, então já que temos que levar pros associados primeiro, temos que deixar essas informações aqui e depois posteriormente levar pra lá, na área a cada dia tem uma coisa mais nova, além das visitas junto as enfermeira, tem a visita a gestante, a diabéticos, hipertensos e a visita comum que a gente tem que eu passar em cada casa uma vez no mês, né e como são muitas famílias geralmente não dá tempo de ir em todas, porque tem algumas que a gente tem que sempre tá voltando devido as necessidades daquela família, problemas que tem naquela família, (...) (E.11, Grupo I).

As atividades de Informação em Saúde são aquelas produzidas com o objetivo de identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população, propiciando elementos pra análise encontrada e subsidiando a busca de possíveis alternativas de encaminhamentos, envolve tanto aquelas relativas ao processo saúde doença, quanto as de caráter administrativo, todas essenciais para o processo de tomada de decisão (ROSEMBERG, 2006).

Consideramos que a informação em saúde assume papel importante no desenvolvimento das atividades do PSF, pois possibilita a identificação e intervenção nas vulnerabilidades e suscetibilidade dos indivíduos e coletivos que vivem na área de abrangência das equipes.

Os agentes comunitários de saúde realizam suas atividades, na maioria das vezes, fora do espaço físico da unidade, uma vez que, entre suas atribuições específicas, estão nos contatos diários com os usuários em seus domicílios por meio da visita domiciliária para orientações e acompanhamento

às famílias. Eles comparecem à unidade pela manhã onde fazem o contato com a enfermeira, passando as demandas da área, bem como recebendo orientações ou solicitações e retornam ao final da tarde onde realizam novo contato com os trabalhadores.

O trabalho desenvolvido pelas ESF possibilita também a adequação às necessidades encontradas na área de atuação, como o depoimento abaixo explicita,

Eu peso, acompanho a técnica para vacina, por que minha área é um pouco de risco e ai tem pessoas que não passam pra cá para vacinar ai eu tenho que levar a vacina para essa pessoa (...) quando a gente vê que os pacientes não podem vir pra cá à unidade, a gente procura; o meu peso eu não faço na unidade eu levo o peso até lá, a vacina quando tem que criança que não pode vir o pai não pode trazer eu levo vacina até lá (...) quando tem vacinação de cachorro eu acompanho o vacinador para fazer a vacinação na micro-área (...) eu trabalho na comunidade por que eu sou vice-presidente da associação eu lhe dou com outras situações na comunidade, sem ser do meu trabalho (...) as vezes eu presto serviço assim, verificar a pressão, não é obrigação minha eu vejo que está precisando está passando mal, mandam me chamar eu vou e verifico (...) (E. 9, Grupo I).

As ESF, devido a uma aproximação com a realidade da população, atua concretamente nas necessidades da população e possibilita adequações que garantem a resolubilidade das ações no Programa.

Os ACS, uma vez por mês, juntos com a enfermeira, procedem o acompanhamento de todas as crianças cadastradas no Programa do Bolsa Família, na avaliação do peso e altura, assim como o cartão de vacina.

Todavia, um ACS traz uma opinião diferente em relação ao trabalho desenvolvido por essa categoria ao considerá-lo que se reduz a um “leva e traz” da equipe

(...) a gente passa pra lá e pra cá, é um ‘leva e traz’ (...) a gente vai à casa de cada um e entrega as requisições dos exames que chegam, por que assim os exames demoram muito aí então chegou uma requisição a gente vai e leva , tal dia a senhora vai fazer o seu exame em tal laboratório (...) (E.4, Grupo I).

Tal afirmação é questionável, na medida em que pensamos de uma maneira mais ampliada o trabalho do ACS no Programa Saúde da Família, até por que ele acaba sendo uma referência da equipe, ou um elo entre o trabalhador – usuário – USF ou vice-versa.

Embora seja uma atividade cotidiana no PSF, um outro ACS relata insatisfação em realizar a atividade de entrega de exames.

Entrega de exame porta a porta porque ficou difícil, a questão do exame demora, quando vinha chegar na unidade o paciente não sabia que dia ia chegar, ai, perdia, não gosto muito de fazer por que eu acho que acomoda as pessoas, mas eu faço porque infelizmente temos pecado da secretaria uma deficiência dos órgãos, então o cliente não tem culpa; ai mesmo contra a minha vontade, eu levo esses exames às pessoas (E.9, Grupo I).

Se por um lado, a entrega desses exames são necessários para que o usuário tenha a Resolubilidade do seu atendimento, uma vez que demoram muito a serem agendados, por outro, poderá simplificar o trabalho do agente de saúde mas também traz conflitos para os trabalhadores do PSF.

Olha (...) outros procedimentos mais especiais tipo cardiologista, cirurgião que é cirurgia esses demoram; demoram muito e por demorar muito a comunidade acha que o agente comunitário ficam prendendo os exames deles; ainda tem alguns que ficam até xingando a gente achando que nós que não marcamos, que não quisemos marcar, por mais que explique para eles que não somos nós, que não é o PSF que marca, é a Central que vem aqui, leva uma pasta e lá fica um bom tempo e só fazemos entregar a requisição com o dia marcado para eles (E.11, Grupo I).

No que toca a realização da visita domiciliária, uma das atividades assistenciais, além dos ACS outros trabalhadores referiram realizar a visita domiciliária, como parte das atividades desenvolvidas no PSF,

Como por exemplo, hoje é dia de acamado aí a médica pega a quantidade de pessoas aí vai de casa em casa para fazer essa visita (...) primeiro ela faz a visita de conhecimento de área, depois a gente vai vendo as dificuldades dos pacientes (...) (E. 4, Grupo I).

Em primeiro lugar então é a visita domiciliar, porque o programa de saúde corresponde a isso, como o cuidar, orientar, a alimentação, não é porque passa o remédio, mas tem a alimentação é esses cuidados que a gente passa como técnica de enfermagem (E.7, Grupo I).

A gente trabalha com visitas domiciliares, aonde a gente vai observando no primeiro momento a situação de moradia do usuário, vamos lá observando a questão de higiene, e a partir daí a gente vai observar o que vai encaminhar pra unidade de saúde pro PSF, ou se for o caso pedir ajuda a enfermeira, o médico, ou outra pessoa da unidade pode lá indo e fazendo a abordagem com a gente (E. 8, Grupo I).

(...) então a segunda-feira é dia de visita domiciliar, eu tenho oito agentes comunitárias sendo que uma está afastada, não por motivos de saúde, divido o grupo tipo três de manhã e quatro a tarde, ou quatro de manhã e três de tarde, a gente visita a puérpera, o acamado, se tiver curativo domiciliar a gente vai avaliar (E.14, Grupo I).

Acreditamos que a visita domiciliária seja uma atividade importante a ser desenvolvida pelos trabalhadores no PSF, e se destaca “(...) como uma intervenção capaz de promover ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação dos indivíduos no seu contexto familiar já que esta prática permite uma maior aproximação dos profissionais com a realidade dos indivíduos” (ALBUQUERQUE, 2006, p.22).

A referida autora destaca que quando um trabalhador do PSF vai ao domicílio pressupõe que haja um objetivo, um fim. Espera-se que o profissional, antes de se deslocar até lá, tenha realizado com a equipe, um diagnóstico situacional das condições da família; ou seja, tenha a noção do tipo de modalidade de atenção que será utilizada (promoção, prevenção, reabilitação) o profissional deve estar preparado para identificar situações de risco em que a família, o indivíduo e a comunidade.

Observamos durante no campo empírico que a visita domiciliária no PSF está bem direcionada para casos em que ela é realmente necessária, limitada a determinadas situações de risco. No processo de produção dos dados de observação foi possível acompanhar o profissional médico em um turno de trabalho destinado a realização de visita domiciliária.

Na primeira residência, um idoso de setenta e quatro anos, vítima de Acidente Vascular Cerebral, submetido à internação hospitalar por mais ou

menos vinte dias, acometido de úlcera de pressão em região do trocanter direito e uso de Sonda nasoentereal para gavagem. O médico foi chamado pela técnica de enfermagem para observar a lesão no momento de realização do curativo.

Enquanto realizava o curativo, a técnica de enfermagem percebeu o aumento da temperatura corporal e sinalizou para o médico a necessidade de prescrição de antitérmico, na oportunidade a família relatou que o paciente apresentava tosse, então o médico prescreveu antibiótico e antitérmico; o médico foi orientado, pela técnica, a produzir um relatório para aquisição da pomada colagenase a ser encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde solicitando tal medicamento, pois naquele momento a família estava comprando-a sem ter condições financeiras.

Durante a visita domiciliar, podemos notar que a técnica de enfermagem e o ACS responsável pelo acompanhamento daquela família mantinham uma relação de vínculo e responsabilização com o usuário e a família, inclusive com ações de educação à saúde, com orientações sobre a necessidade de mudança de decúbito e cuidados alimentares para promover uma melhoria na cicatrização da ferida, enquanto que o médico manteve uma conduta prescritiva.

Durante as quatro visitas acompanhadas neste dia, percebemos que o atendimento médico estava voltado para queixa-conduta e a atos prescritivos direcionados à patologia/doença do usuário visitado com pouca valorização do sujeito, família, das suas singularidades e necessidades sem quaisquer laços de interação social, acolhimento, vínculo, comunicação, diálogo...

Aqui, entra uma questão central que esse tipo de conduta observada durante as visitas não produtora de cuidado. Neste sentido torna-se urgente as mudanças de condutas dos trabalhadores no que se referem ao contato e à abordagem dos sujeitos, valorizada numa relação humanizada, buscando focar diferentes significados como a empatia, o acolhimento, o diálogo, respeito ao outro e não apenas respostas às necessidades do usuário, e sim uma produção do cuidado em saúde.

Coadunamos com a concepção de cuidado trazida por Albuquerque *apud* Boff (2003) quando diz que cuidar, ou seja, **produzir o cuidado** (destaque da pesquisadora) é mais que um ato, é uma atitude e, portanto

abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo, representa uma atitude de preocupação, responsabilização e de desenvolvimento afetivo com o outro.

No que se refere as outras atividades desenvolvidas pela equipe, notamos que tanto as enfermeiras, assim como os médicos têm o cronograma de atendimento determinado com ações programáticas com os turnos demarcados.

As enfermeiras realizam consultas (hipertenso e diabético, consulta pré-natal, coleta de material exame de prevenção câncer ginecológico, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, planejamento familiar), visitas domiciliares e atividades educativas na comunidade. Os médicos, por sua vez, têm a sua agenda direcionada para o atendimento aos portadores de Hipertensão e Diabetes e à demanda espontânea, assim como aqueles usuários com queixas, encaminhadas pela enfermeira.

Observamos neste aspecto uma dicotomia entre as ações da ESF, cabendo especificamente ao médico a função de curar, com as suas atividades direcionadas a usuários/grupos com necessidades/queixas determinadas (queixa-conduta); e aos outros profissionais as atividades de prevenção e promoção à saúde.

O depoimento do entrevistado 14 retrata essa questão, delimitando o fazer do médico no PSF estudado.

O médico, ele não faz PSF; ele é clínico no PSF, a gente observa isso, deixa a desejar na parte de palestras, essas coisas, palestra ele não vai porque ele trabalha em outro lugar e o horário geralmente não condiz, e a Secretaria sabe disso tudo (...) O médico não atende saúde da mulher, dificilmente ele não tava atendendo planejamento, eu absorvia todas as mulheres, crianças ele começou a atender agora e gestante está fazendo um acordo, ele está atendendo dia de quarta, algumas que precisam, tipo com dermatite, alguma coisinha assim ele atende (E.14, Grupo I).

Na organização produtiva do trabalho no PSF encontramos vários conflitos relacionado as competências dos trabalhadores principalmente entre médicos e enfermeiros. A disputa vem sendo travada sobretudo no que diz respeito a divisão do trabalho, que na maior parte das vezes é desigual, com

superposição de atividades para enfermeira e com atendimento focalizado para o médico, de modo que não existe um trabalho compartilhado e com co-responsabilização por parte do trabalhador médico em muitas das unidades estudadas.

Na prática o impacto desse “conflito” no PSF, leva a uma fragmentação das atividades no Programa, cabendo ao médico a realização das atividades que lhes é conveniente, balizada no atendimento integral e em práticas individuais, e aos outros trabalhadores as demais atividades preconizadas pelo MS.

É prática comum também no município a ausência do médico em alguns dias e/ou turnos devido os mesmos terem outros vínculos com outro estabelecimento da própria sede municipal, sendo esta situação é ‘compartilhada’ com a própria comunidade.

Outra situação encontrada no PSF de Alagoinhas é a superposição das atividades de alguns médicos para dar cobertura a outra USF que fica temporariamente sem médico por uma diversidade de motivos, dentre eles dificuldades de contratação, de forma que para dar assistência a uma unidade descoberta, acabam descobrindo a sua própria unidade.

Tal situação para alguns entrevistados tem provocado a baixa resolubilidade no Programa como podemos observar nos depoimentos a seguir,

[...] Por agora mesmo o médico daqui além de atender aqui, ele atende em outra unidade, em mais duas unidades [...] o PSF é para ter o médico aqui sempre; como as outras unidades estão faltando médico, ele vai colaborar com as outras unidades a pedido da secretaria, e fica deficiência para a demanda que tem em nossa unidade que é uma demanda muito grande, onde não dar para satisfazer os desejos da comunidade [...] (E. 9, Grupo II).

O médico mesmo vai atender um certa quantidade de pacientes, por que ele também vai atender uma quantidade que poderia ser o suficiente para aquela unidade, ele vai atender em outra unidade. (E.8, Grupo II).

O entrevistado 21 complementa os depoimentos e demonstra insatisfação com a situação que vivencia no PSF:

(...) a questão do médico que atende e vai embora, até é uma questão que dificulta muito, você sabe disso, acho que não é só aqui é em qualquer lugar, muitas vezes chega paciente e a gente tá só aqui e a gente não tem como resolver e aí é o que dificulta um pouco para gente, essa questão o médico mesmo não está presente nos horários (...) um exemplo hoje de manhã só eu tava aqui, está vendo, de manhã e de tarde e isso sobrecarga mesmo, aí vem fechamento de produção e tudo mais e só eu aqui e a Secretaria fecha os olhos para tudo isso, porque o médico vem atende uma média de quinze pacientes e vai embora, porque tem médicos que atendem meia hora e sai , e isso é o mínimo, a tarde volta, às vezes nem volta (E. 21, Grupo I).

É possível observar nestes depoimentos que a lógica da produção da prática médica no PSF continua no modelo queixa-conduta, em que a ação é procedimento-centrado e sem responsabilização com o serviço e/ou usuário.

Concordamos com Franco e Merhy (2007) quando enfatizam que é preciso consensuar formas de se trabalhar que esteja em sintonia com a nova proposta assistencial, o que não se consegue por normas editadas verticalmente.

A condução de modelos de gestão do trabalho comprometidos com as políticas públicas de saúde para liderarem processos de mudança nas estruturas organizacionais têm que efetivar uma outra forma de fazer saúde, conceber um outro jeito, um outro olhar, uma outra maneira de interagir para buscar a produção do cuidado.

Assim, para Gomes e col. (2005) o trabalho em equipe no setor saúde foi proposto como uma forma de garantir uma pluralidade de olhares e saberes sobre a saúde como estratégia para proporcionar um atendimento mais integral aos usuários e superar a fragmentação e desresponsabilização, proveniente da crescente especialização dos profissionais de saúde.

No entanto, comungamos com Gomes e col. (2005) que a simples reunião de profissionais com diferentes formações e práticas não garante a pluralidade de olhares com o propósito do trabalho em equipe tendo em vista a resolubilidade e a integralidade na atenção à saúde. Ao contrário, o que temos experienciado são práticas que, ainda que não sejam contraditórias ou antagônicas, são realizadas de forma justaposta e não por interseções.

Contudo, diante de múltiplos saberes e práticas no PSF, os processos de trabalho com ações de trabalho em equipe, poderá apontar para uma prática de integralidade restringindo as atuações individuais ou pontuais dos trabalhadores de saúde.

Tal perspectiva, contudo, desafia o lidar com as próprias diferenças e com as diferenças dos outros todo o instante, o que traz, ao invés de barreiras, estímulo e riqueza ao trabalho realizado em equipe, que por sua vez, de modo integrado

(...) significa conectar diferentes processos de trabalhos envolvidos, com base em um certo conhecimento acerca do trabalho do outro e valorizando a participação deste na produção de cuidados; é construir consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais bem como quanto à maneira mais adequada de atingi-los (RIBEIRO et al, p.444, 2004).

Entretanto a heterogeneidade das práticas é essencial pra a eficácia das equipes de saúde, na medida em que existam pontos de confluência, e suas interfaces sejam valorizadas.

Franco e Merhy (2006) já sinalizavam que embora o PSF reconheça que para a mudança do modelo assistencial é necessário a reorganização dos processos de trabalho, o Programa continua sendo engolido pela feroz dinâmica do trabalho médico-centrado o qual acaba operando centralmente na produção de procedimentos e não na produção do cuidado.

Portanto, os autores discutem que, para ocorrerem mudanças concretas no Programa, devemos ter clareza e consciência de que

(...) não é a mudança da forma ou estrutura de um modelo cêntrico para outro, equipe multiprofissional centrado como núcleo da produção de serviços, que por si só garante uma nova lógica finalística na organização do trabalho. É preciso mudar os sujeitos que se colocam como protagonistas do novo modelo de assistência. É necessário associar tanto novos conhecimentos técnicos, novas configurações tecnológicas do trabalho em saúde, bem como outra micropolítica para este trabalho, até mesmo no terreno de uma nova ética que o conduza. E isto, passa também pela construção de novos valores, uma cultura e comportamentos pautados pela solidariedade, cidadania e humanização na assistência. (FRANCO; MERHY, 2006, p.115)

Conforme Franco e Merhy (2007), o PSF tem sua matriz teórica circunscrita prioritariamente ao campo da Vigilância à Saúde, de maneira que o trabalho fica quase que restrito à realização de ações no território, que, em grande medida, os cuidados oferecidos pelo Programa estão pautadas em ações no ambiente, em detrimento da prática clínica.

Muito embora os autores reconheçam a importância da Vigilância à Saúde como estratégia na produção do cuidado no PSF, consideram que este conhecimento, por si só, não é suficiente para responder a complexidade dos problemas de saúde, destacando a Clínica e a Epidemiologia como um instrumental importante no contexto.

No processo de trabalho dos técnicos de enfermagem – cada ESF é constituída com duas técnicas – são desenvolvidas as atividades administrativas (organização do arquivo, marcação de consultas, orientações na recepção, dentre outras), além de atividades assistenciais (curativos, imunização, nebulização, esterilização) e visitas domiciliares.

No entanto, tais atividades são consideradas por duas entrevistadas (E.1 e E.7) uma sobrecarga no desenvolvimento do seu trabalho nas USF.

(...) porque você ficar como agente administrativo você se desgasta muito, por que você tem que dar muitas informações; as pessoas cobram isso, e é obrigação delas cobrarem e é obrigação da gente responder, então esse tempo todo que você perde respondendo, pegando fichas do usuário e a unidade ainda não está completa com o cartão família, então são pessoas que ficam no arquivo, mais de três mil pessoas para você ficar procurando ficha; perde muito tempo e depois você vai para sala de vacinas administrar vacinas, fazer curativo, então é um desgaste físico e emocional do profissional muito grande (E.1, Grupo I).

Mas, por exemplo, quando uma técnica estar ausente por causa das suas necessidades particulares, e também quando tem campanha de vacina (...) uma é deslocada para área para vacinar e a outra fica na unidade sobrecarregada, respondendo pela vacina e todas as outras atribuições (...) então quando chega o final do dia, quando você chega em casa acabada, chega arrasada. Então quando tem reunião de categoria, eu digo, eu acho que não é correto isso (...) (E.7, Grupo I).

Os depoimentos mostram a necessidade de se repensar a organização do trabalho do pessoal técnico de enfermagem no município,

relacionado ao aspecto administrativo das suas práticas. De um lado reflete uma opinião pessoal das trabalhadoras, mas também pode ser um ruído do serviço que merece uma atenção maior por parte da gestão.

Não estamos falando aqui simplesmente em aumentar o quadro de pessoal das ESF para diminuir a sobrecarga referida pelos trabalhadores entrevistados, mas, sobretudo, considerar as potencialidades do trabalho dos técnicos de enfermagem no PSF uma vez que se deseja desse Programa a uma outra abordagem na forma de se fazer saúde no município.

O *Relatório de Gestão 2004* (ALAGOINHAS, 2005- DOC.2) faz uma descrição da distribuição de recursos humanos na rede de saúde, delimitando apenas um auxiliar ou técnico de enfermagem – embora estivesse de acordo com a exigência do PSF – para a oferta de serviços no programa. Neste sentido, o caminho escolhido para resolver tal problemática foi à reestruturação do trabalho nas USF, com a inclusão de mais um profissional técnico de enfermagem.

Entendemos, contudo, que essa tomada de decisão, ao nosso ver, não atendeu aos anseios dos trabalhadores e usuários, pois observamos que a presença de dois técnicos de enfermagem em USF é essencial para a realização das atividades concernentes ao PSF e melhorar a oferta de serviços do Programa. Além do mais um agente administrativo é fundamental para que o trabalho seja realizado dentro de uma organização e satisfação da equipe e dos usuários.

Essa realidade foi notada durante o processo de observação nas unidades quando percebemos de uma maneira geral, que a ausência de um agente administrativo nas USF dificultava, sobretudo o acolhimento dos usuários, pois em alguns momentos, ao procurar a recepção, os usuários não encontravam as técnicas de enfermagem porque elas se encontravam nas salas de procedimentos (vacinas, curativos dentre outras) sendo necessário chamá-las para dar-lhes as informações, o que dificultava muitas vezes o acesso comunicacional dos usuários no serviço.

Apesar de tudo, o quadro de trabalhadores da saúde, o *Plano Municipal de Saúde gestão 2007-* (ALAGOINHAS, 2007- DOC 4) destaca que após a realização de concurso público para saúde em 2004 e respectivas convocações dos aprovados, o quadro efetivo da saúde foi ampliado em mais

de 100% com “contratação de 72 concursados para compor o quadro pessoal da Secretaria de Saúde e convocação de 182 contratados por processo seletivo público para compor os programas de incentivo federal implantados no município” (ALAGOINHAS, 2005, p.64- DOC 3).

É bem verdade que no município havia um déficit de servidores públicos municipais e com a realização dos concursos houve um considerado aumento no quadro efetivo de servidores, porém não foi capaz de promover as mudanças necessárias na saúde.

Na Atenção Básica, não houve a contratação de quantidade suficiente de trabalhadores de saúde para garantir a cobertura do PSF. Particularmente foram contratados trabalhadores que passaram a atuar no PSF como concursados públicos, mas, no geral, continuou a contratação da grande parcela dos médicos, enfermeiros, odontólogos e técnicos de enfermagem que atuam no Programa por meio de seleção pública tipo Regime de Direito Administrativo (REDA).

Persiste até o momento atual, a contratação de pessoal para o PSF por via de seleção pública (contrato temporário) por meio de abertura de edital de convocação e avaliação curricular, com garantia dos direitos trabalhistas como férias, 13º salário, licença maternidade e garantia do vínculo até o fim do contrato firmado.

Embora entendamos que a seleção pública deva ser um processo transparente de contratação com a garantia dos direitos trabalhistas, é preciso ousar nas soluções para gerenciar um programa como o PSF, prioritário para o sistema de saúde local.

Outrossim, alguns desafios são colocados a respeito dos trabalhadores de saúde do PSF, como o seu elevado percentual com contrato temporário; a dificuldade na contratação de médicos devido talvez ao pouco interesse para atuarem na Atenção Básica e concorrência dos municípios entre si ao oferecerem outras benesses aos trabalhadores, além da alta rotatividade desses trabalhadores nas USF, ficando muitas vezes sem o médico ou enfermeiro nas equipes de saúde (ALAGOINHAS, 2005-DOC 3; ALAGOINHAS, 2007-DOC 5).

Entretanto a Educação Permanente em Saúde, assim como a necessidade de elaboração e regulamentação do Plano de Carreira, Cargos e

Salários (PCCS) para o SUS-Alagoínhas, prioridades para garantir a gestão do trabalho³ no sistema de saúde local (ALAGOINHAS, 2007- DOC 5).

Nesta perspectiva, em 2005, a Secretaria Municipal de Saúde assumiu a responsabilidade e o compromisso com a capacitação dos trabalhadores do setor ao criar o “Núcleo de Educação Permanente em Saúde” (NEPS) enquanto instância gestora da capacitação em saúde, em seu espaço locorregional (ALAGOINHAS, 2005- DOC 3).

No referido documento, o NEPS explicita o papel de espaço pedagógico e construtor de consciência sanitária no sentido de contribuir para que os trabalhadores de saúde assumam competências nas dimensões técnicas, gerenciais, comunicativas, éticas e sociopolíticas, que tornem capazes de participar do processo histórico de implementação de novas práticas sanitárias no município de Alagoínhas.

No *Relatório de Gestão 2005* (LAGOINHAS, 2005- DOC 3) e no *Plano Municipal de Saúde Gestão 2007-2009* (ALAGOINHAS,2007- DOC 4), a questão da Educação Permanente é discutida do ponto de vista teórico e concebida como diretriz do sistema de saúde municipal, tendo como eixo orientador os processos de educação estruturados a partir da problematização da saúde, que se constitui como estratégia de transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho no SUS em Alagoínhas.

Nos documentos estudados, dentre eles o *Relatório de Gestão 2005* (ALAGOINHAS, 2005- DOC-3); o *Plano Municipal de Saúde Gestão 2007-2009* (ALAGOINHAS, 2007) há intenções de Educação Permanente com “a implementação dos programas de educação permanente para os trabalhadores e usuários da Atenção Básica e Média Complexidade” assim como o *Relatório de Gestão 2007* (ALAGOINHAS, 2007, p.63- DOC 6) aponta como necessidade de realização de algumas capacitações para o ano de 2008 (Aplicação da Vacina B.C.G, Teste do Pezinho, 2ª Etapa de treinamento em Sala de Vacina e Rede de Frios para enfermeiros e técnicas de enfermagem, reconhecimento e notificação de lesões suspeitas de hanseníase e treinamento

³ **Gestão do Trabalho-** A gestão do trabalho no SUS trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração do setor (BRASIL, 2007).

para os profissionais das creches municipais referente ao acolhimento das crianças). Porém, não há qualquer referência mais abrangente sobre a Educação Permanente para o PSF com descrição dessas capacitações/treinamentos o que dificulta neste momento uma análise aprofundada sobre tal questão.

Contudo, defendemos que é necessário que a Educação Permanente esteja associada à política de saúde proposta para o município, enquanto uma estratégia para a ampliação da capacidade de interlocução da proposta do modelo de atenção a saúde adotado, como também leva à compreensão dos trabalhadores sobre as novas práticas de atendimento embasadas nas necessidades dos usuários.

Não tivemos a oportunidade de acompanhar uma atividade de Educação Permanente no município durante a coleta de dados e, portanto, não fazemos uma análise ampliada neste sentido, apesar de concordarmos com Santos (2006) que a Educação Permanente além de permear todo o contexto do trabalhador deve também ser compreendida enquanto estratégia metodológica operacional à transformação dos trabalhadores de saúde em sujeitos, a partir da interação com os vários objetos que o cotidiano apresenta, desde as necessidades dos usuários, a organização dos serviços, até o controle social entre outros.

Diante deste contexto, o referido autor sinaliza que o trabalhador está o tempo inteiro a aprender a produzir conhecimento da sua prática, conseqüentemente, produzindo a autonomia para si como trabalhador da saúde e assim, poderá contribuir com a produção de autonomia dos outros.

Como podemos verificar, as atividades desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família são diversas e têm como principais objetivos proporcionar uma atenção integral às famílias, identificar os problemas de saúde, incentivar ações comunitárias, bem como estimular e desenvolver a participação da população local na solução de seus problemas e no exercício do controle social sobre os serviços que recebe.

Sobre o exercício do controle social observamos que nenhum profissional relatou como parte das atividades desenvolvidas no PSF, porém, a participação popular através do controle social é destacada também como

diretriz do governo como instrumento de gestão (ALAGOINHAS, 2004; ALAGOINHAS 2005).

Em relação a tal questão, ressaltamos no entanto que em Alagoinhas, a participação popular na gestão do SUS se faz presente desde 1989, quando se realizou a primeira reunião para discutir as bases da criação do Conselho Municipal de Saúde, que foi instituído através da lei municipal nº 913 e desde então a população tem tido uma atuação por melhores condições de saúde e, por conseguinte melhor qualidade de vida (ALAGOINHAS, 2005, p.37- DOC 3).

Outrossim, segundo o *Relatório de Gestão 2005* (ALAGOINHAS 2005- DOC 3) o controle social em Alagoinhas teve naquele momento sua consolidação outras formas de participação a partir do Orçamento Participativo (OP), enquanto instrumento de gestão social, ferramenta de governo entregue às mãos da população com o objetivo de co-governar, co-gerir.

O mesmo documento define que o sistema de co-governo opera com a idéia de:

Conselhos de saúde-coordenação, equipe e usuários compartilhando o poder, centrado na equipe interdisciplinar e não nas corporações; dispositivos variados- oficinas, reuniões por categoria profissional, sala de espera, assembléia com usuários, etc. E finalmente, gestão cotidiana democrática com análise de temas e tomada de decisão envolvendo os interessados. Estes espaços coletivos devem ser considerados deliberativo e tomar decisões no âmbito de governo e em conformidade aos contratos e diretrizes definidas. (ALAGOINHAS, 2005, p.39- DOC 3).

Discorre ainda que todas as áreas de abrangência de Unidades de Saúde do SUS- Alagoinhas devem montar isoladamente ou em conjunto, ou em caso de existência, reforçar os Conselhos Locais de Saúde (CLS), de modo a constituir um controle social eficaz, com capacidade crítica, responsabilidade social e verdadeiramente democrática.

Todavia, não fica claro que as ações necessárias para consolidar os Conselhos Locais de Saúde, o *Plano Municipal de Saúde de Gestão 2007-2009* (ALAGOINHAS, 2007- DOC 5), traz apenas a necessidade de implantação dos CLS a partir da sensibilização das Equipes de Saúde da Família,

supervisores e comunidade sobre a importância da formação dos CLS, bem como o acompanhamento das atividades dos mesmos.

Não observamos contudo, no período do estudo a efetividade dos Conselhos Locais de Saúde nas Unidades de Saúde da Família, consideramos assim que existe certa incoerência no que diz respeito à política implementada que do ponto de vista teórico valoriza a participação popular, entretanto, não colocam em prática as instâncias que podem garantir essa participação plena de direito aos usuários do sistema de saúde.

Além de tais atribuições, vimos também que articulados a elas, no PSF são desenvolvidos novos conhecimentos de suas equipes, numa perspectiva integrada na análise dos problemas e no encaminhamento das soluções. O trabalho em PSF propõe também a organização de relações horizontais no interior das equipes, com o reconhecimento da competência de cada trabalhador e a busca do diálogo, e da definição de uma ação conjunta, não apenas justaposta de todos os integrantes, até porque, na complexidade da prática no Programa percebemos a importância do trabalho interdisciplinar, uma vez que é justamente a partir deste trabalho que se almeja alcançar a resolubilidade numa abordagem integral sobre os fenômenos que interferem na saúde da população.

Apesar do regime de trabalho de 40 h no PSF, em Alagoinhas todos os membros das ESF tem a folga semanal (8h) e pelo menos uma vez no mês realizam atividades na Unidade Móvel de Atendimento do PSF, com um cronograma atualizado mensalmente.

No tocante a estrutura física das USF o MS define que estas devem dispor de consultório médico, consultório odontológico e consultório de enfermagem, além de uma área de recepção, um local para arquivos e registros, uma sala de vacina e outra de curativos e sanitários em cada uma das unidades.

As USF pesquisadas apresentam em geral, uma área de recepção, três consultórios, respectivamente do médico, da enfermeira e do dentista; sala de curativo, uma sala que funciona como dispensação de medicamentos e sala de espera previstas enquanto exigência do MS. No entanto, vemos aspectos limitantes na sua estrutura física e organizacional: espaços exíguos, falta de

espaços outros para reunião..., sem ventilação/ aeração e luminosidade adequada, falta de equipamentos...

O quadro 7 a seguir, mostra a distribuição das 23 USF, 11 funcionam em unidades próprias do município, nove em unidades alugadas e três cedidas. Portanto menos da metade da capacidade instalada das USF do município são de propriedade municipal.

QUADRO 7 Distribuição das Unidades de Saúde da Família, conforme localização e propriedade.

NOME DA USF	LOCALIZAÇÃO	PROPRIEDADE
USF 21 de Setembro	Zona Urbana	Alugada
Jardim Petrolar	Zona Urbana	Alugada
Lírio dos Vales	Zona Urbana	Alugada
Nossa Senhora de Fátima	Zona Urbana	Alugada
Sagrada Família	Zona Urbana	Alugada
Santa Terezinha	Zona Urbana	Alugada
Santo Antônio	Zona Urbana	Alugada
São Cristóvão	Zona Urbana	Alugada
Nova Brasília	Zona Urbana	Própria
Pró-Saúde	Zona Urbana	Própria
Renovação	Zona Urbana	Própria
São José Operário	Zona Urbana	Própria
URBIS III	Zona Urbana	Própria
USF Flávio Cavalcante	Zona Urbana	Própria
Pau Brasil	Zona Urbana	Cedida
Praça Kennedy	Zona Urbana	Cedida
USF Taizê	Zona Urbana	Cedida
Sauípe	Zona Rural	Cedida
Boa União	Zona Rural	Própria
Estevão	Zona Rural	Própria
Miguel Velho	Zona Rural	Própria
Narandiba	Zona Rural	Própria
Riacho da Guia	Zona Rural	Própria

Fonte- Adaptada do estudo de OLIVEIRA, L.C.F. **Avaliação da assistência farmacêutica básica no SUS municipal.** Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Feira de Santana- UEFS. Feira de Santana-BA: 132p., 2007.

No tocante a estrutura física das unidades, embora tenham sido realizadas reformas e reestruturações pelo poder público municipal nessas unidades, verificamos que nas USF alugadas ou cedidas foram realizadas adaptações pois muitas delas eram residências ou estabelecimentos comerciais.

Contudo, apesar das reformas apresentam problemas no tocante a estrutura o que poderá caracterizar como “desconhecimento” na área da saúde em relação aos prováveis espaços dos serviços a serem implementadas, inclusive sem ter tido uma participação efetiva dos trabalhadores para opinar sobre tais reformas como pode ser evidenciado no depoimento da entrevistada 14 (Grupo II).

A questão da estrutura física, a estrutura física que melhorou agora com a reforma, melhorou bastante, mais ainda deixa a desejar em muitas coisas e uma das falhas grandes da reforma é a sala de vacina, que deixou a equipe toda estressada, sala muito pequena, ou você bota a geladeira ou você bota a maca, para você ter idéia, então eu vi que a reforma precisava tá sendo revista, essa reforma né, a questão, outra coisa [...] a reforma, a equipe nenhuma foi consultada, por isso teve muitas falhas, só fez dizer vai ter a reforma pronto, aí começou a gente nem sabia que dia ia começar, que dia ia terminar, o que, que ia fazer e outra coisa reformou com todo mundo aqui dentro, zuada, poeira (E.14, Grupo II).

A estruturação físico-logística das unidades de saúde relatada neste depoimento mostra visivelmente a falta de comunicação e/ou um “planejamento adequado” e nem tampouco forma ouvidos os trabalhadores em relação aos seus desejos na conformação de “novo espaço” sanitário.

Ainda no que diz respeito à estrutura das USF, embasada nos depoimentos dos trabalhadores (E.1 e E.27) há uma convergência entre elas, no sentido que a falta de infra-estrutura tem de certa forma dificultado a realização de determinadas atividades no PSF e, assim, comprometido a produção do cuidado aos usuários e o trabalho das equipes.

Eu acho assim o problema é mais o espaço, porque aqui foi uma residência que foi adaptada a um posto e que não tem muito espaço, então quando têm os atendimentos médico, enfermeira, dentista, vacina, curativo, além das informações

que as pessoas vêm buscar no posto, fica muita gente, fica uma quantidade imensa de pessoas sem espaço direito para ficar transitando. Também a parte da sala de curativos não adequada, não temos maca ainda, não temos assim locais específicos pra reuniões com a comunidade e a equipe. Se tiver de fazer alguma coisa é fora. Tivemos mesmo aqui o dia do diabético, e não tínhamos espaço direito, se viesse realmente todos não teríamos espaço (E.1, Grupo I).

A estrutura do prédio é ruim, geralmente você tá vendo aí em si que não é um posto de saúde é uma casa, né isso, quer dizer nós estamos aqui numa formação de equipe, num trabalho digno, mais precisamos de um lugar maior, como eu acabei de falar logo no início mais amplo, mais arejado. E como, por que a gente deixa de fazer muitas coisas (E.7, grupo I).

Tais realidades são reforçadas pelos usuários do PSF de Alagoinhas com referência à falta de estrutura das unidades, considerada inclusive um aspecto limitante ao Programa

O Posto mesmo, vocês tão vendo aí, nem parece Posto, é uma casa, talvez ampliar mais o posto, porque aqui está muito apertadinho, muito pequeno, então não tem como todo mundo ficar aqui, é muita gente (...)] (E. 26, Grupo II).

A estrutura do Posto eu acho um absurdo porque o Posto ele tem que ter local público e não uma casa, a gente chega aqui de madrugada e tem que ficar do lado de fora, se chove a gente tem que ficar do lado de fora, então eu acho um absurdo, mas como está construindo, tomara que também tenha um vigia, porque aí tem gente que fica muito mal educado, gente que gosta de baixaria também e aí se tivesse um vigia botava mais em ordem, um vigia seria importante. (E.31, Grupo II).

A estrutura não muito boa por ser um casa não é, a gente faz o que, o que pode, tem uma sala de curativo, mas não é o adequado, mas que eles também estão vendo isso, estão até construindo um Posto novo (E.19, Grupo II).

A partir destes depoimentos é notória as dificuldades enfrentadas por usuários e trabalhadores das USF, no cotidiano do seu trabalho, na medida em que a estrutura das unidades não permite um adequado desenvolvimento do processo de trabalho do PSF.

Em determinados momentos da pesquisa de campo observamos concretamente as deficiências referidas em algumas unidades de PSF. Numa das unidades visitadas a recepção é localizada num rol de entrada da casa, em uma área exígua de aproximadamente 2m², os únicos mobiliários eram quatro

cadeiras, em estado de conservação ruim, destinadas para quatro usuários que aguardavam as consultas; os demais esperavam sentados na escada externa da USF. O consultório odontológico funciona em um quarto nos fundos da casa 'adaptado' para este fim, onde os usuários aguardavam no corredor pequeníssimo e a maior parte deles em pé.

Contraditoriamente a essa má adequação estrutural dos espaços físicos das USF, encontramos também algumas unidades próprias com boa estrutura física que possibilita boas condições de trabalho para os trabalhadores realizarem as suas atividades, garantindo satisfação tanto para usuários quanto para os trabalhadores, no desenvolver do processo de trabalho no PSF.

Porém, entendemos que é necessário garantir ao conjunto de trabalhadores e usuários do PSF a disponibilidade de Unidades de Saúde da Família com uma estrutura adequada para que se produza o cuidado num ambiente confortável e acolhedor que venha a promover uma melhoria da qualidade no atendimento prestado e no acesso aos usuários.

Por isso, pensamos, respeitando os avanços obtidos na área, em virtude do potencial do município, que torna-se necessário uma melhor estruturação da rede de Saúde da Família a partir da padronização das unidades, considerando-se algumas características⁴ como ambiente confortável e acolhedor, espaço amplo de recepção do usuário com sala de espera ampla, com televisão e sala de espera humanizada, sala de reuniões para facilitar a interação entre trabalhadores, usuários e gestores, condições de acessibilidade para deficientes físicos, humanização dos consultórios, adequado sistema de esterilização e depósito de resíduos (conforme norma da vigilância sanitária), sala de observação para usuários em situação de urgência e que requerem acompanhamento temporário, sala de vacinas e outros além da manutenção preventiva.

Por conseguinte, acreditamos que para a efetivação do cuidado, não é preciso apenas unidades de saúde bem estruturadas, é fundamental que o trabalhador se envolva com o seu trabalho, e no encontro com o usuário esteja disponível para ouvir, escutar, e manter o compromisso e o vínculo e utilizando

⁴ As características citadas estão de acordo com a rede de Atenção a Saúde da Família em Aracaju-Se. SANTOS, R.C. **Saúde Todo Dia**: uma construção coletiva, 2006.

os seus instrumentos de trabalho para promover o cuidado que leve à Resolubilidade.

Assim, os instrumentos de trabalho utilizados pelos trabalhadores das unidades pesquisadas se dão a partir da incorporação de tecnologias assistenciais operadas sobre os seus objetos de trabalho, na interação com os usuários das USF bem como com os trabalhadores que compõe a equipe.

Nos reportamos aqui das tecnologias do trabalho em saúde, classificadas por Merhy (2005), em três categorias: as tecnologias duras, as leve-duras e as leves.

A noção de tecnologia utilizada no campo da saúde tem uma definição mais ampla do que a que corriqueiramente traduzimos quando associamos a equipamentos e máquinas, já que o autor inclui como tecnologias certos saberes que são constituídos para produção de produtos singulares, e mesmo para organizar as ações humanas e até mesmo inter-humana nos processos produtivos.

As tecnologias em saúde de acordo com Merhy (2002) permitem expor a dinâmica do processo de captura do trabalho vivo pelo morto e vice-versa, no interior dos distintos modelos tecnoassistenciais em saúde e até mesmo a configuração tecnológica de um certo processo produtivo em saúde, um certo modo de produzir o cuidado.

As **tecnologias duras** são representadas pelas máquinas (estetoscópio, ecógrafo, endoscópio, entre vários outros equipamentos) que já estão programadas *a priori* para a produção de certos produtos. E, mesmo necessitando do trabalho humano para processar esses equipamentos, consomem além do trabalho morto da máquina, o trabalho vivo do seu “operador” com seus saberes tecnológicos, de modo tal que ocorre a captura do trabalho vivo pela lógica produtiva instituída no equipamento.

Já as **tecnologias leve-duras** por sua vez, representadas pelos saberes estruturados, ao conhecimento técnico, por ter uma parte dura que é a técnica, definida anteriormente, e uma leve, que é o modo próprio como o trabalhador a aplica, podem assumir formas diferentes dependendo sempre como cada um trabalha e cuida do usuário.

Portanto no processo produtivo da tecnologia leve-dura, o da organização e o do saber, há uma situação dupla ou seja , aqueles saberes

sistematizados (a Clínica e a Epidemiologia por exemplo) produzidos anteriormente, apreendidos pelo trabalhador de saúde se expressa como trabalho morto, mas podem sofrer influência do trabalhador concreto que está atuando e o modo de pô-los no ato produtivo, representa o trabalho vivo em ato. Assim, nessa situação há uma combinação de trabalho vivo e morto simultaneamente.

Finalmente, as **tecnologias leves** estão implicadas com a produção relações entre dois ou mais sujeitos que se materializam em ato e são fundamentais para a produção do cuidado, estando presente no espaço relacional trabalhador-usuário.

Para Merhy (2002, p.50),

a efetivação da **tecnologia leve** do trabalho vivo em ato na saúde expressa-se como processo de produção de relações interseçoras em uma de suas dimensões-chave, que é o seu encontro com o usuário final, que 'representa', em última instância, as necessidades de saúde com sua intencionalidade (...). É nesse encontro do trabalho vivo em ato com o usuário final que se expressam alguns componentes vitais da tecnologia leve do trabalho em saúde: as tecnologias articuladas à produção de processos interseçores, as das relações, que se configuram, por exemplo, por meio das práticas de acolhimento, vínculo, autonomização, entre outras.

As tecnologias leves também chamadas de tecnologia das relações se referem a um jeito ou atitude própria do profissional que é guiado por certa intencionalidade vinculada ao campo cuidador, ao seu modo de ser, à sua subjetividade. São tecnologias também por que dizem respeito a um saber, isto é, competências para os trabalhadores de saúde lidarem com os aspectos relacionais que envolvem os atos produtivos (BRASIL, 2005).

Neste sentido, para compreendermos como a organização do trabalho tem influenciado o modo de organizar o cuidado aos usuários, precisamos conhecer os **instrumentos de trabalho**, ou melhor, dizendo quais as tecnologias que têm prevalecido sobre o processo desse trabalhador na produção do cuidado aos usuários.

O processo de produção do cuidado é caracterizado nos depoimentos dos trabalhadores do PSF ao serem questionados sobre as ferramentas/instrumentos utilizados na execução do seu trabalho, o uso de

tecnologias leve-dura e dura (fichas, cadernos, balança, entre outros), em detrimento às tecnologias leves.

Temos os impressos dos agentes, hipertensos, diabéticos, para fazer a atualização da ficha. A gente tem nosso caderno e anota tudo que a gente faz, a gente faz e pede a assinatura também, a gente anota, a gente atende gestante, a gente anota, a gente faz relatório, a gente possa para lá leva e traz [...] a gente vai à casa de cada um e entrega as requisições, aí chegou uma requisição a gente vai e leva tal dia a senhora vai fazer o seu exame em tal laboratório (...) (E.4, Grupo I).

Podemos dizer assim, o sonar para o pré-natal mesmo acho que é importante, o termômetro, porque precisamos de avaliar mesmo a temperatura do paciente (...) (E.15, Grupo I).

Fora os meus instrumentos de trabalho que utilizo, como o próprio estetoscópio, o tensiômetro, tem os exames que eu solicito, que não deixa de ser também um instrumento do meu trabalho (...) (E. 17, Grupo I).

Nós utilizamos alguns instrumentos por exemplo o termômetro a gente recebeu tem duas semanas, mais a gente não utilizava tensiômetro para verificar a pressão dos pacientes, o estetoscópio (...) (E.19, Grupo I)

Outra trabalhadora complementa com um depoimento de valorização da tecnologia dura, em detrimento de outros saberes estruturados.

Então por exemplo (...) pode ter um problema da auto-clave e tudo isso interfere no trabalho do dentista, porque a gente não pode atender se for exemplo um equipamento não tiver funcionando, pode até assim fazer uma atividade educativa na escola, mais só isso (E.6, Grupo I)

Diante destas falas, é visível que o uso das tecnologias leve-dura e dura são assimiladas no trabalho desenvolvido pelas ESF pesquisadas. Contudo, a super-valorização desse arsenal tecnológico pelos sujeitos que prestam o cuidado pode refletir uma prática que obedece a certa normatização, levando o trabalhador a ficar aprisionado a determinados jeitos de fazer a sua prática de maneira burocratizada.

Franco e Merhy (2006, p.118), ao discutirem o PSF diante do processo de trabalho e suas tecnologias, fazem menção à necessidade dos trabalhadores (re) pensarem e (re)organizarem de maneira criativa as prescrições ditadas pelo Programa e, ainda assim, mantendo o compromisso com o serviço, “ (...) a equipe pode ignorar parcialmente as prescrições e

dedicar-se criativamente e intervir na vida da comunidade em direção à melhoria de suas condições de vida”. Por isso propõem que os trabalhadores construam uma interação entre si, com trocas de conhecimentos, articulando um campo de produção de cuidado por meio de solidariedade interna da equipe e sinergia das diversas competências profissionais no sentido de passarem a ter seu trabalho determinado pelas tecnologias leves.

No entanto esses autores reforçam a necessidade da Transição Tecnológica da Saúde, trazida enquanto

(...) um processo de radical mudança do modo de produção do cuidado, que tem seu núcleo de definição na inversão das tecnologias de trabalho, no núcleo tecnológico do processo de trabalho. Essa mudança se dá a partir de novos sujeitos interpostos na cena de produção do cuidado, operando modos de trabalhar mais relacionais e, sobretudo, capazes de disparar processos de subjetivações, que afetam os outros, e ao mesmo tempo, constroem a si mesmos como sujeitos desse processo. utilize toda a sua capacidade do trabalhador. (FRANCO; MERHY, 2009, s/p).

Muito embora esses autores tenham destacado a importância dos recursos de insumos e financeiros para estruturar uma virtual “planta produtiva” da saúde, isso por si só não define a qualidade do serviço e menos ainda o perfil da assistência que se pretende ofertar aos usuários. A produção do cuidado se dá 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 e produzindo eles mesmos os cenários da produção do cuidado. Tais cenários devem estar vinculados a diferentes objetivos, interesses, redes de relações, como constitutivas do modo como se produz o cuidado e operam fortemente a partir da micropolítica desenvolvida no âmbito da produção do cuidado, definida em muitos sentidos pelos processos e tecnologias de trabalho.

Apesar da ênfase demonstrada nos depoimentos sobre a utilização de ferramentas das tecnologias leve-dura e dura na operacionalização do processo de trabalho desses trabalhadores do PSF.

Ressaltamos algumas falas convergentes entre si mas diferentes até então desse contexto, uma vez que utilizam no processo de trabalho em saúde os dispositivos como o diálogo, a escuta, carisma, o respeito e a confiança e a postura humana no encontro com o usuário do serviço.

(...) **você tem que conversar sobre os problemas deles e você não pode deixar eles, lá tem que ta ouvindo e também tentando ajudar**, é tanto que não é só ali o problema da saúde, mais também o social deles, a auto-estima deles, você tem que está tentando ajudar de alguma maneira (E.11, Grupo I).

(...) **é você ser mais humano**, uma pessoa que é muito humana, você ter carisma, uma pessoa que tem um **bom relacionamento** nem só com médico-paciente como também com os colegas (...) a partir do momento que você tem uma **relação melhor com o paciente** facilita mais o trabalho (E.16, Grupo I).

(...) hoje está se faltando muito à questão humanizada, que já que PSF a gente trabalha com a família, o usuário vai mexer com todo contexto dele, então esse cuidado já parte daí, de você ter aquela preocupação da **relação humanizada com o paciente**, se ele está bem ou se não está, o que é que ele está achando (...) (E.14, Grupo I).

(...) **é você ser mais humano**, uma pessoa que é muito humana, você tem que ser carismática, uma pessoa que tem um bom relacionamento nem só com médico-paciente como também com os colegas, se você tem um **bom relacionamento** com colegas (...) (E. 16, Grupo I).

Acreditamos que a valorização das tecnologias leves no desenvolvimento do cuidado aos usuários pode potencializar a Resolubilidade das ações em saúde e promover uma ruptura com o modelo médico-centrado.

Neste sentido, comungamos com Franco e Mehry (2006, p.122), quando reforçam que

para modelar a assistência à saúde, o PSF deve modificar os processos de trabalho, fazendo-os operar de forma 'tecnologias leves dependentes', mesmo que para produção do cuidado seja necessário o uso das outras tecnologias.

Apesar da utilização das tecnologias até então aqui discutidas, sejam elas leve-dura e dura (maiores ênfase) e as leves, os trabalhadores

trazem sobretudo a **finalidade do trabalho** colocando que a essência do programa é a prevenção de doenças e o bem-estar dos usuários.

Eu acho assim que o PSF tem que ter **primeiramente a prevenção, utilizar primeiro a prevenção e isso faz se faz no dia-a-dia através de palestras**, é [...] Ah depende dos programas, nós temos o programa de hiperdia, pré-natal, planejamento, é puericultura [...] e através desses programas não é, a gente busca a **resolutividade** ou a prevenção, por exemplo planejamento, através dos agentes comunitários a gente busca esses pacientes para as palestras, visando justamente planejar a não gravidez, indesejada no caso. Bom pré-natal também, porque tem muito, por exemplo, nessa área aqui mesmo, muito, muita gestante, apesar do, do programa de planejamento muitas gestantes (...) (E.19, Grupo I).

O trabalho nosso trabalho é mais voltado para questão da prevenção, a gente trabalha mais com **orientações no que diz respeito à saúde**. A gente trabalha com **visitas domiciliares**, aonde a gente vai observando no primeiro momento a situação de moradia do usuário, vamos ta observando a questão de higiene, e a partir daí a gente vai observar o que vai encaminhar pra unidade de saúde pro PSF, ou se for o caso pedir ajuda a enfermeira, o médico, ou outra pessoa da unidade pode ta indo e fazendo a abordagem com a gente. No PSF agente trabalha com **a questão de sala de espera**, palestras nas escolas, algumas vezes trabalha com grupos, no momento a unidade não ta trabalhando com grupos, no momento aqui não ta com grupos de adolescentes, de gestantes, não tem grupo formado hoje (E.8, Grupo I).

Mais do que um espaço limitado de realização de atividades coletivas, a prevenção refere-se a ações direcionadas aos indivíduos e coletivos, de maneira que este encontro semanal se restringe à socialização do que foi programado individualmente pelos profissionais de nível superior.

Percebemos que os demais membros, especialmente os agentes comunitários, não se sentem à vontade para opinar com relação ao que é apresentado na referida reunião. Nesse sentido, podemos sugerir que as decisões não têm sido partilhadas no momento de concepção do trabalho, o que acaba comprometendo a construção do plano comum, uma vez que este pressupõe a participação de todos os membros nos diversos momentos do processo de trabalho. Consistiria no modelo assistencial construído na prática comunicativa do trabalho cotidiano (PEDUZZI, 1998).

Vale mencionar ainda, o fato relatado pelo conjunto dos profissionais, de que se evita comentar e emitir opinião sobre o trabalho do outro, principalmente quando se refere a um profissional de nível superior. Assim mesmo, a reunião em questão é bastante valorizada pelos agentes comunitários e auxiliares de enfermagem, que a consideram um momento para “aliviar as angústias” e “tirar dúvidas”, constituindo, para eles, um espaço para transmissão de algumas informações técnicas. Pode-se concluir que, apesar das limitações antes referidas, a reunião tem desempenhado uma função importante enquanto possibilidade dos diversos membros da equipe conhecerem o trabalho do outro e de discussão dos problemas que se apresentam na prática cotidiana da equipe. As soluções para os problemas identificados são negociadas e se procura construir consensos. Embora sempre provisórios, estes consensos buscam refletir os interesses dos profissionais, ou ao menos, a opinião da maioria.

No que se refere ao objeto de trabalho das ESF pesquisadas, os entrevistados referem que o objetivo é o usuário,

A equipe de enfermagem (...) **O objetivo de trabalho é o usuário (...) dar uma melhor qualidade de assistência** a esse usuário materiais e de auxílio médico, enfermeiro e ao dentista (E.11, Grupo I).

O objeto principal da nossa equipe é a satisfação do usuário e da equipe, não só, a gente passa um bom tempo se preocupando só com o usuário, depois a gente vê que a gente tem que se preocupar com o usuário e com a equipe, que a equipe também é um usuário do sistema, e a gente agora está trabalhando nessa visão, sempre adequando, acolhendo bem, melhor, porque a gente, quando vê que resolve o problema da pessoa (...) (E.14, Grupo I).

No entanto, concordamos com Merhy (1999) ao colocarmos a questão das finalidades do trabalho em saúde, que se inscrevem inquestionavelmente tanto na promoção, tanto na proteção individual e coletiva, quanto à cura, o que de fato está em jogo em última instância é o modo de se produzir o cuidado que poderá estar voltado para promover a cura ou para promover a saúde do indivíduo/ ou família.

Por conseguinte, para que o processo de trabalho em saúde seja produtor de cuidado, acreditamos que seja urgente nos colocarmos no lugar do

outro, compreendermos suas ansiedades, necessidades e expectativas em relação ao cuidado a ser dado, uma vez que, a finalidade maior é a responsabilidade com a vida do outro a partir de relações afetuosas e de compromisso.

4.3 Articulação do PSF com as redes assistenciais de saúde na garantia da resolubilidade das necessidades de saúde dos usuários/família: antigos dilemas e novos desafios

Segundo o Ministério da Saúde, as ações e serviços de saúde estão organizados em redes de atenção regionalizadas e hierarquizadas, de forma a garantir o atendimento integral à população e a evitar a fragmentação das ações em saúde. O acesso à população ocorre preferencialmente pela rede básica de saúde (Atenção Básica) e os casos de maior complexidade são encaminhados aos serviços especializados, que podem ser organizados de forma municipal ou regional, dependendo do porte e da demanda do município (BRASIL, 2007).

O PSF enquanto proposta de reorganização da Atenção Básica propõe uma substituição do modelo tradicional, de reorientação e organização de um sistema integrado, centrado na atenção primária à saúde como garantia de atenção integral, levando a saúde para mais perto da família por meio das USF. Nesse aspecto a USF está inserida no primeiro nível de serviços do sistema local de assistência, a Atenção Básica; deve estar vinculada à rede de serviços para garantir atenção integral aos indivíduos e famílias, que seja assegurado atendimento para serviços de maior complexidade.

Corresponde a uma concepção, de promover o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos; bem como porta de entrada e base para reorganização do sistema de atenção e de investimento nos demais níveis de complexidade.

A aposta no PSF perpassa também pela potencialidade desse Programa em resolver problemas básicos de saúde denotando o uso mais racional das ações e serviços de saúde de maior complexidade, no sentido de transformar a lógica dominante procedimento-centrada e/ou imprimir uma nova dinâmica na realidade e garantir uma maior Resolubilidade do sistema.

A rede⁵ assistencial de Alagoinhas, apresentada no quadro 8, considerando o nível de complexidade, é composta por serviços ambulatoriais, hospitalares, de suporte diagnóstico, Centro de Atenção Psicossocial (caps) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), (ALAGOINHAS, 2007 - DOC 6).

Quadro 8 Distribuição da Rede assistencial de saúde por níveis de complexidades do município de Alagoinhas-BA, 2008.

NÍVEL DE COMPLEXIDADE	UNIDADES
Atenção Básica	Unidades de Saúde da Família- (22) Unidades Básicas de Saúde (UBS)- (2) Centro de Saúde do Parque Floresta- PACS
Média Complexidade	Centro Municipal de Atendimento Especializado (CEMAE) Hospital Maternidade de Alagoinhas (HMMA) Laboratório Público Municipal (LACEM) Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Unidade de Reintegração Funcional Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) Hospital Geral Dantas Bião 21 Estabelecimentos contratados/conveniados (Pestalozzi, Clínica Oftalmológica de Alagoinhas, Serviço Oftalmológico de Alagoinhas, CETRO, FISIOCENTER, AUDIOCLÍNICA, LABI, HEMOVIDA, Instituto de Radiologia, COMEA, CLINO, CLIVISÃO, COP, LML, Clínica Vida, CEAP, LCE, LABOCLIN, ANACLIN
Alta Complexidade	Hospital Geral Dantas Bião HEMOVIDA Instituto de Radiologia de Alagoinhas
Outros Serviços	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192) Centro de Saúde do Parque Floresta- Unidade de Referência Municipal

Fonte: Relatório de Gestão 2007 (ALAGOINHAS, 2007- DOC 6).

AUDIOCLÍNICA- Audioclínica Especialidades Médicas de Alagoinhas; CETRO- Centro Especializado Traumatologia Reabilitação e ortopedia LTDA; CLIVISÃO- Clínica Oftalmológica Visão S/C LTDA; CLINO- Clínica de Olhos LTDA; COP- Clínica Ortopedia e Pediatria LTDA; FISIOCENTER- Costa Souza Fisioterapia LTDA; LABI- Laboratório de Análises Biológicas; LCE- Laboratório de Citologia Especializada; LML- Laboratório Moura e Lavigne LTDA;

A Atenção Básica de acordo com o Ministério da Saúde deve ser o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde e “caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que

⁵ **Rede:** o termo rede neste estudo é uma denominação utilizada para designar o conjunto de equipamentos assistenciais e/ou serviços articulados, inseridos num determinado território, com uma finalidade inscrita (SANTOS, 2006).

abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006, p.10).

Em Alagoinhas, o município oferece os seguintes serviços de Atenção Básica: Programa Saúde da Família (PSF), Unidades Básicas de Saúde (UBS), além do Programa de Agentes Comunitários de Saúde que atende as áreas descobertas pelo PSF, responsável pela realização de consultas aos grupos de risco (mulheres em idade fértil, preventivo do câncer ginecológico, crianças, gestantes, hipertensos e diabéticos); além do Centro de Saúde do Parque Floresta, caracterizado como a Unidade Básica de Saúde de referência do município no atendimento aos usuários das USF ali encaminhados.

O Centro de Saúde do Parque Floresta, considerado como um centro de referência do município para as ESF é uma unidade mista, pois oferece atendimentos e serviços básicos (médicos, de enfermagem,) e de saúde bucal (para áreas descobertas), além de atendimentos especializados em pediatria, acompanhamento e tratamento de Tuberculose e Hanseníase, serviço de referência para diabéticos e hipertensos e imunização. Funciona ali também o Serviço de Atenção Especializada (SAE), referência para os portadores de DST/AIDS, disponibilizando, ainda, os serviços de infectologia e Pneumologia, assim como distribuição de medicamentos essenciais e os específicos dos Programas de Saúde Pública (DST/AIDS, Tuberculose e Hanseníase).

Os serviços de média complexidade são definidos por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demanda disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico (BRASIL, 2009).

A disponibilidade de serviços nesse nível de atenção são ofertados em unidades ambulatoriais e hospitalares próprias, contratadas e/ou conveniadas com o SUS. Suas ações compreendem atividades em quatro especialidades básicas de internamento (clínica Médica, Pediatria, Obstetria e Cirurgia), Urgência e Emergência e atendimento em Traumatologia-ortopedia.

As unidades municipais de média complexidade têm como referência, o Centro Municipal de Atendimento Especializado (CEMAE) que oferece à comunidade especialidades de Dermatologia, Mastologia, Urologia, Otorrinolaringologia, Gastroenterologia, Pneumologia, além da realização de pequenas cirurgias e autorização de internações hospitalares e exames complementares.

Destacam-se outros serviços como a Maternidade Municipal que realiza atendimentos de emergência obstétrica, ambulatório de pré-natal de alto risco, partos normais e cesarianos, laqueaduras, além de exames complementares (ultrassonografia e outros); o Laboratório de Exames Clínicos Municipal, responsável pela maior parte dos exames requeridos e o CAPS, que presta diariamente cuidado ao portador de distúrbio mental através de atividades terapêuticas durante 24 horas.

As Urgências e Emergências (Clínicas, Pediátricas e Cirúrgicas) são encaminhadas ao Hospital Regional Dantas Bião (HRDB), unidade sob gerência do governo do Estado e gestão municipal e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

A assistência de alta complexidade por sua vez, caracterizada por um conjunto de serviços e procedimentos que envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população, acesso aos serviços e aos procedimentos, integrando-os à Atenção Básica; quanto à média complexidade dentre os serviços disponibilizados à população há a terapia renal substitutiva, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), assim como, os exames de alta complexidade que são terceirizados pela SMS do município.

No tocante a Atenção Básica, foco principal do estudo, é visível um aumento considerável do número de ESF no município assim como a formação de uma rede de Atenção Básica que, de certa maneira vem caracterizando a potencialidade do sistema de saúde local, no sentido de investigar um reordenamento do modelo de atenção vigente, que concretamente tem apresentado resultados favoráveis em alguns indicadores de saúde do PSF de Alagoinhas (ALAGOINHAS, 2007).

Como exemplo, destacamos a redução da Mortalidade Infantil, resultado da ampliação da atuação da Atenção Básica e qualificação da atenção especializada ao recém nascido e lactente, observando-se uma

diminuição do coeficiente de 23,17 óbitos para cada 1000 crianças nascidas em 2002 para 21,37 óbitos em 2006, seguindo a tendência de queda nacional (ALAGOINHAS, 2006).

A partir das ações desenvolvidas pelo Programa Saúde da Família, obteve-se o aumento percentual de crianças com esquema vacinal, de 79% em 2002 para 85,7% em 2003 e 85%, em 2004; as crianças com aleitamento materno tiveram uma evolução no mesmo período, passando de 55,8% para 60,7% em 2003 e 63,7% em 2004; houve aumento no percentual de cobertura de consultas pré-natal, de 78,8% em 2002, 82,6% em 2003, e 84,5% em 2004; a taxa de desnutrição teve uma redução bastante significativa de 12,9 em 2002 para 7,0 em 2004. Porém o indicador da taxa de mortalidade infantil por diarreia manteve-se constante em 2002 e 2003 em 2,27% por 1.000 nascidos vivos (SOUZA, 2006).

No que se refere à taxa de internação por Acidente Vascular Cerebral (AVC), verifica-se uma redução considerável de 29 casos para cada 1000 mil pessoas em 1997 para 10,29 casos em 2004.

Entretanto, segundo Conill (2008) o impacto nos indicadores de saúde a partir da implantação do PSF nos municípios brasileiros permanece controverso. A análise de alguns indicadores selecionados para o Brasil de 1998 a 2003/2004 aponta para a diminuição da brecha entre as faixas de IDH, sugerindo efeitos positivos para a equidade. Porém, no estudo realizado em municípios nordestinos de grande porte não houve diferenças significativas nos indicadores de saúde da criança entre áreas cobertas e não cobertas pelo PSF. Nesse caso, havia uma clara relação desses indicadores com a situação sócio-econômica, confirmando-se assim, a já conhecida importância da determinação social desses agravos.

Nesse mesmo estudo, também há referência acerca da implantação do PSF em grandes centros, aparecem obstáculos decorrentes do padrão de desenvolvimento urbano e do acentuado processo de favelização, apontando a necessidade de ações inter-setoriais sinérgicas face às situações de extrema precariedade. A essas situações se somariam problemas setoriais pela existência de sistemas municipais com baixos graus de eficácia e sustentabilidade na gestão e problemas de financiamento decorrentes da

política de repasses e a violência urbana, repercutindo no cotidiano e na rotatividade das equipes.

Sobre essa questão, Caetano e Dain (2002) reforçam que apesar da grande expectativa de que o PSF possa vir a ser a estratégia de reestruturação da Atenção Básica e das mudanças recentes nas condições políticas, institucionais e de financiamento, destinadas a acelerarem o processo, foram poucas as cidades com sistemas de saúde complexos em que o programa foi introduzido como estratégia substitutiva do modelo assistencial.

Levando-se em consideração as dificuldades de implantação e implementação do PSF, tendo-se em vista a expansão da sua cobertura para municípios acima de 100.000 habitantes e como proposta reorientadora dos serviços de Atenção Básica do SUS, o governo brasileiro firmou acordo de empréstimo internacional com o Banco Mundial, viabilizando o início do Projeto de Expansão do Saúde da Família (Proesf), em 2003. Assim, até 2008 pretendia-se ampliar a cobertura do PSF para 70% da população brasileira, a partir do desenvolvimento dos sistemas de referência e contra-referência do SUS e aprimoramento do gerenciamento dos serviços de Atenção Básica (BRASIL, 2004).

Especificamente no município de Alagoinhas, a meta pretendida de alcançar 70% de cobertura do PSF foi pactuada no *Relatório de Gestão 2005* (ALAGOINHAS, 2005- DOC 3), a partir da instalação progressiva de Equipes de Saúde da Família num período de cinco anos. No entanto, decorridos três anos dessa pactuação foram criadas apenas duas novas ESF no ano de 2005 (44,56%), e mantendo ao final desse período 23 ESF, atingindo uma cobertura populacional de 48,7%.

O município de Alagoinhas possui uma população estimada de 141.228 pessoas, e deste total, apenas 57.203 pessoas estão cobertas pelo Programa Saúde da Família (aproximadamente 50% de cobertura) (ALAGOINHAS, 2008).

É bem verdade que o atual sistema público de saúde de Alagoinhas apresenta avanços quando comparado a períodos passados, muito embora o município continue com uma rede assistencial fragmentada. Entretanto em relação ao PSF, este se apresenta com baixa cobertura populacional, uma vez

que aproximadamente metade das famílias não tem acesso, além de muitas USF funcionarem com equipes incompletas.

Como já foi referido, aqueles 50 % da população que não é assistida pelo Programa Saúde da Família tem cobertura do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (cobertura de 17,6%), assistido por duas enfermeira e 23 Agentes Comunitários de Saúde (ALAGOINHAS, 2007- DOC 6).

Diante desta realidade, essa parcela da população que não está na área de abrangência das equipes de saúde da família, algo em torno de 70 mil pessoas, tem como uma única referência para o atendimento na Atenção Básica o Centro de Saúde do Parque Floresta e cuidados básicos do desenvolvidos pelo PACS.

Todavia, o Centro de Saúde Parque Floresta, considerado referência municipal para as Equipes de Saúde da Família de Alagoinhas, apresenta como características, de acordo com o estudo de Souza *Modelo de Atenção no Centro de Saúde Parque Floresta- Alagoinhas BA: do imaginário à realidade* (SOUZA, 2006): modelo de atenção adotado excludente; com ações de caráter individual, médico-centrado, organização direcionado a ações e procedimentos curativos; acesso difícil para a população; a demanda é maior que a oferta de serviços; práticas médico-centradas e sem consolidação do vínculo e acolhimento com a comunidade.

A realidade ora desenhada demonstra a fragilidade da rede de Atenção Básica do município, que apresenta oferta de serviços básicos insuficiente para suprir a demanda dos usuários, portanto, é urgente que seja (re) pensada pelos gestores locais, tanto do ponto de vista de implementar novos equipamentos assistenciais, quanto de rever as práticas implementadas pelos trabalhadores, para que sejam potencializadas as ações desse nível de atenção e ampliação dos serviços para os usuários do sistema.

Outra dificuldade observada e relatada pelos trabalhadores e usuários do PSF, sujeitos da pesquisa, diz respeito a pouca oferta de alguns serviços especializados (média e alta complexidade, o que de certa maneira diminui a Resolubilidade do Programa, conforme os destaques a seguir

Algumas cotas são suficientes; outras o pessoal tem necessidades maiores, são poucas, ortopedia, especialistas é menor (...) exames de laboratório, Raio X agente sempre ta tendo vaga, algumas não, essa parte de neurologia, uma consulta com neuro (...) ai, quando a gente não consegue, orienta o paciente; se é uma emergência a médica mesmo da um relatório, ele mesmo vai lá embaixo [Central de marcação] e marca direto na Central através de relatório (...) (E.1, Grupo I).

(...) a **resolutividade** é dificultada por causa do atendimento fora daqui; também com certeza é dificultada, tem até ali as cotas, onde na verdade têm algumas especialidades que tem duas vagas, outras são três vagas, ai acontece de muitas vêzes o paciente vem aqui na unidade porque o caso dele é de urgência, não pode esperar ai o médico da o relatório ai ele vai para a Central de marcação e marca; ele marca, aquela cota do mês, já vai ser usada. Muitas vezes os exames daqui passam dois, três, quatro meses pra voltar, e muitas vezes não vem, ai é complicado (...) (E.8, Grupo I).

(...) os procedimentos mais especiais tipo cardiologista, cirurgião que é cirurgia esses demoram, demoram muito e por demorar muito a comunidade acha que o agente comunitário fica prendendo os exames deles, ainda tem alguns que fica até xingando a gente achando que nós que não marcamos, que não quisemos marcar, por mais que se explica para eles que não somos nós que não é o PSF que marca, é a Central que vem aqui, leva uma pasta e lá fica um bom tempo e eles alegam em dizer que a demanda fica muito grande e ao marcam aquelas cota e pronto e passa um tempo sem marcar (E.11, Grupo I).

Os depoimentos dos usuários também convergem com o dos trabalhadores,

(...) mas tem umas coisas, por exemplo, resultado de exame demora muito para marcar (...) os agentes comunitários ficam até se recusando muitas vezes a trazerem os exames para cá (...) os exames de emergência mesmo demoram muito para o pessoal tanto fazer tanto para receber os resultados (...) demora muito mesmo (...) ou elas às vezes até não para prejudicarem a áreas de saúde, para resolverem os problemas da pessoa, mandam diretamente para a Central de marcação mande volta pra o Posto porque lá no seu posto é área coberta (...) Não resolve o problema (...) (E.25, Grupo II).

Agora o médico passou uma consulta para minha menina, que ela está com uma hérnia no umbigo, um médico cirurgião, só que tem tanto tempo que ainda não chegou, tem um bom tempo, a menina era recém- nascida e vai completar 3 anos agora e ainda não chegou, eu tive até com ela aqui na semana

passada e mostrei os exames dela e ele me perguntou e falei ainda não chegou, eu estou esperando, 3 anos a menina vai fazer e ainda não chegou a consulta; não graças a Deus até agora não, mas é como tão dizendo antes cuidar cedo do que piorar amanhã depois, como tem muitos casos aí que podem estourar a hérnia, e até uma prima minha tava dizendo para cuidar logo (E.27, Grupo II).

Então não é questão por elas não querer, é porque têm gente que vem com mais necessidade e elas tem aquela cota de marcação, é complicado; a gente tem que entender porque tem pessoas que precisam mais do que a gente, às vezes num estado mais crítico do que o da gente, aí passa na frente da gente, ela em vez de mandar o da gente que chegou antes, manda o que chegou agora por que realmente está necessitando muito mais ainda, quer dizer eu entendo se os outros acham que está certo, você sabe cada um tem sua maneira de pensar. É, eu não moro muito longe não, eu venho devagarzinho e tal, dá pra vir. (E.29, Grupo II).

Como vimos, diante dos depoimentos apresentados, há uma oferta limitada de serviços de média e alta complexidade, inclusive, com certa morosidade para a marcação das consultas para os especialistas principalmente, concretamente, o sistema de cotas de exames/consultas, de certa maneira, prejudica a Resolubilidade das ações que se iniciam no PSF.

Portanto a oferta de serviços de média e alta complexidade para os usuários do PSF devem ser garantidos pela gestão local, bem como a construção de fluxos de atendimento que venham suprir as expectativas assistenciais tanto de trabalhadores quanto de usuários do serviço no que dizem respeito ao acesso e ao consumo de serviços necessário ao atendimento integral. Isto porque, no aspecto organizacional o PSF além de propor uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços e ações de saúde, deve de traduzir na prática, o uso racional dos recursos dos outros níveis de complexidade assistencial como uma das suas proposições.

Azevedo (2006) embasada nas proposições do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) quanto à implantação do PSF, afirma que a Unidade de Saúde da Família (USF) não deve ser apenas um local de triagem e encaminhamento. Constitui-se um espaço onde os trabalhadores devem resolver os problemas de saúde mais comuns e manejar novos saberes que promovam a saúde e previnam doenças em geral. Por conseguinte, estabelece que apenas 15% dos casos devam ser encaminhados para serviços mais especializados, sendo que,

mesmo nesses casos, a USF, responsável por todo o plano terapêutico, tem a obrigação de “referenciar” o usuário quando necessário, ao contactar outros serviços, discutindo os casos e recebendo-os de volta (“contra-referência”) para continuar os cuidados básicos.

O Programa Saúde da Família, portanto, enquanto proposta de universalização das ações da Atenção Básica deverá dirigir as suas ações com o compromisso de prestar assistência integral, equânime e resolutiva aos usuários, esgotando todos os recursos disponíveis localmente bem como todas as possibilidades terapêuticas para promover o cuidado.

É bem verdade que a baixa oferta de serviços especializados no município já é reconhecido pela gestão como um problema do sistema local e assumido desde 2001 enquanto prioridade quanto da necessidade de oferecer o elenco de consultas e procedimentos de média complexidade dos níveis diversos, identificados a partir de demandas reais oriundas da Atenção Básica, por meio da retaguarda da rede contratada e conveniada em especialidades médicas com vistas a garantir os princípios dos SUS (ALAGOINHAS, 2005-DOC 3).

Em relação à referência de média complexidade para a Saúde Bucal a partir da abertura do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) foi destacada como exemplo de avanço de Resolubilidade no PSF.

O que diz respeito a especialidades, agora de janeiro pra cá a gente está contando com o CEO que é o centro de especialidades odontológicas que funciona lá no Parque Floresta, então a gente tem um protocolo, que não é todo e qualquer paciente que a gente está podendo encaminhar, mas a gente agora já tem esse suporte para algumas especialidades como endodontia, cirurgia, diagnóstico de lesão, e a gente está podendo encaminhar esses pacientes pra lá, o que melhorou muito no atendimento dos pacientes, por que antes não possuía e ficava muito difícil pra gente (...) (E.6, Grupo I).

No entanto, no sentido de fortalecer as ações do PSF é necessário uma retaguarda de serviços com maior incorporação tecnológica para garantir que o atendimento iniciado no PSF seja de fato solucionado dentro dos recursos existente na rede de saúde. Contudo comungamos com a idéia de que encaminhar o usuário não significa encaminhar problema e

desresponsabilizar-se por ele; perpassa tanto pela atitude dos trabalhadores, quanto pela garantia de fluxos seguros proporcionado pela gestão, que garanta a continuidade do tratamento e um sistema de referência e contra-referência.

Sobre tal questão, o *Relatório de gestão 2005* (ALAGOINHAS, 2005-DOC 3), destacou a necessidade de consolidação da referência e contra-referência no município a partir da implantação dos fluxos de atendimento dos usuários no sistema através da criação de protocolos assistenciais próprios e adequados à realidade local.

Contudo, a realidade descrita pelos trabalhadores apontam a deficiência do sistema de referência e contra-referência no município que, conseqüentemente, vem a prejudicar a Resolubilidade no PSF, como demonstram os depoimentos a seguir.

(...) a gente faz um relatório de referência e manda e pedimos sempre a contra-referência, sabendo que têm alguns colegas, alguns colegas da própria referência não mandam dizer o que foi que aconteceu, isso aí a gente não vai negar que existe mesmo, colega está aí de prova que faz dessa forma, mas os demais atendimentos, gestante, pré-natal de alto risco, realizada ultra-som de urgência, fazer uma consulta com outras especializações, levar, ir para o hospital manda a contra, a referência e as pessoas estão sendo atendidos e depois a gente vai fazer a busca em casa ou na própria comunidade e aí a gente vê se conseguiu resolver ou não (E.15, Grupo I).

Nós temos nosso instrumento de referência e contra-referência, quando a gente encaminha, a gente sempre encaminha preenchido tudo direitinho, duas vias, uma anexa ao prontuário, a outra via, o paciente, o usuário leva, mas a gente não tem resposta de todos os profissionais, são poucos os profissionais que nos dão resposta sobre aquele paciente na nossa contra-referência, a referência vai mas a contra-referência dificilmente volta, recebe poucas de 1 ano a três meses que já mandei, mandei muitas, principalmente pra gestantes, são poucas as obstetras que mandam de volta pra gente (E.18, Grupo I).

Concretamente, o sistema de referência e contra-referência para além de um encaminhamento/ relatório encaminhado pelos trabalhadores, deve expressar um compromisso da gestão municipal na garantia do acesso equitativo aos recursos disponíveis em todos os níveis do sistema, assim como deve guardar relação com a atitude e o compromisso dos sujeitos que fazem o PSF.

Outrossim, ressaltamos uma divergência em relação aos depoimentos anteriores sobre os serviços em que a referência funciona de forma satisfatória em determinados serviços

(...) agora em relação aos outros problemas, tipo um paciente psiquiátrico, que precise do CAPS, a gente tem um acesso muito grande ao CAPS, a equipe, a maternidade o acesso é maravilhoso, a equipe, o hospital depende do caso do paciente, o serviço social, a gente também tem uma agilidade boa, agora quando é para os especialistas depende dos especialistas, a gente só tem um especialista atendendo todo o município de Alagoinhas, fica difícil, um cirurgião, o cirurgião até tem mais, porque tem pelo CETRO (Centro Especializado Traumatologia Reabilitação e ortopedia LTDA- serviço terceirizado), tem pelo município, tem aquele acordo, e tem pelo Bião, também, então cirurgião tem mais, dermatologista um, pediatra já tem mais, foi uma conquista, o fluxo de pediatra até diminuiu mais, porque têm mais, alguns deles estão na equipe de PSF, então já facilita mais, mais fica ainda a desejar eu acho, poderia ta melhorando mais, mais tem esse impasse (E.17, Grupo I).

Outro aspecto relatado pelo entrevistado 16, apontado enquanto dispositivo que ajuda na Resolubilidade, diz respeito com as “redes de amizade” no município que podem atuar como facilitadores no acesso a determinados serviços, assim como a realização de relatórios de “urgência” para garantir o atendimento a outras redes.

Urgência e emergência é feito uma contra-referencia um relatoriozinho a enfermeira ou o médico que esteja no momento, eles fazem e juntam aqueles pedidos e o paciente vai direto também na central e lá marca, lá eles conseguem marcar, lá tem uma cota para esses tipos de procedimentos (E.11, Grupo I).

(...) tem uns exames, a gente precisa o que, na hora que a gente vê uma urgência ter que ficar mandando relatório que na verdade era para ter essa resolução dos exames bem mais rápido, você pedir uma consulta com o oftalmologista porque você sabe que é um paciente diabético e pode está desenvolvendo uma retinopatia e você vai e daqui que marque e desça pra marcar, para vir a data demora de mais e se você todo atendimento que você achar que tem que fazer o que, pra você resolver mais rápido, você tem que dizer que tudo é prioridade, tudo é urgência (...) tem casos que não é uma urgência para você mandar um relatório, mas você quer que o paciente faça o mais rápido possível. E aí acaba utilizando a

estratégia de fazer relatório pro paciente chegar lá e marcar os exames dele (E.15, Grupo II).

É a gente porque, a gente já tem mais tempo no município, conhecimento de todos os colegas, então a gente manda um bilhetezinho, já pede a referência, já pede o cuidado especial, às vezes a gente liga, entra em contato com o colega, ele já recebe o doente, tem uma recepção melhor do que está indo para a recepção e passar na Central de marcação e depois marcar para outro dia a consulta (...) a gente não tem muito essa rotina, a gente já manda diretamente pro profissional um liga, entra em contato, a gente já tem a dinâmica nós do posto, temos o conhecimento com os colegas. (E.16, Grupo I).

Bom, antes nós damos o atendimento e se precisar o encaminhamento nós fazemos via, via referência e contra-referência, para agilizar às vezes, se precisar entrar em contato com o telefone, as vezes da própria Central se precisar de exame de urgência a gente já liga pro colega, para o colega, para ele agilizar; as vezes o próprio agente comunitário já pega o exame e já leva lá, entendeu e aí já marca mais rápido a consulta e tal, é dessa forma aí (E.21, Grupo I).

Embora reconheçamos a importância de atitudes profissionais que estejam a favor dos usuários no sentido de garantir/agilizar o seu atendimento, acreditamos contudo, que seja necessário pensar em mecanismos mais seguros de garantir o atendimento das necessidades dos usuários, para que as Equipes de Saúde da Família e o próprios usuários e de certa maneira a rede de saúde não virem reféns de “relatórios de urgência” e de pedidos pessoais para terem acesso a recursos assistenciais mais complexos.

Vimos, durante o período de observação, que nem sempre as solicitações de consultas a especialistas ou exames de diagnósticos são de fato necessárias para garantir as necessidades dos usuários, como por exemplo, em uma determinada USF quando acompanhávamos o fluxo de atendimentos na sala de espera, percebemos que uma usuária entrou no consultório médico para ser atendida e saiu após seis minutos de consulta. Aproveitamos para abordá-la essa sobre o atendimento recebido e a mesma mostrou as requisições de exames de Ultrassonografia abdominal e Raio X de tórax e Exames laboratoriais, além de receitas com prescrição de analgésico e antiinflamatório. A usuária aparentemente mostrava-se satisfeita pois “estava precisando daqueles exames” (SIC).

O depoimento apresentado, de certa maneira, sintetiza a hegemonia de uma prática médica baseada em atos prescritivos e um exercício da clínica com baixa capacidade de resolver problemas, e que provoca também nos usuários, expectativas da mesma forma prescritivas.

Segundo Franco e Merhy (2005), ao entrar num serviço de saúde, os usuários se conectam a este serviço, através de fluxos comunicantes por onde transitam ofertas, demandas, desejos, realizações de expectativas, satisfação de necessidades, desse modo, a busca pelo serviço de saúde se dá através da percepção que o usuário tem do que será ofertado por esse serviço, e nesse aspecto,

essa percepção nem sempre é objetiva, por que ela se forma a partir, também, de um cardápio simbólico que o usuário utiliza para formar certa idéia de que o serviço tem a lhe ofertar e resolver o seu problema. A idéia do cuidado que se produz no serviço de saúde é formada por um conjunto de representações que dão significado à assistência que se presta (FRANCO; MERHY, 2005, p.182).

Por conseguinte, segundo os autores destacam, a demanda se constrói a partir de uma produção imaginária socialmente construída e relacionada ao perfil do serviço. Sobre a demanda, primeiramente essa se constrói baseado na oferta, na medida em que ninguém demanda aquilo que sabe que não pode ser obtido no serviço de saúde. Outro aspecto diz respeito também que essa demanda se constrói a partir da não realização de certas necessidades por outros serviços.

Um terceiro aspecto de fundamental importância para compreendermos o poder simbólico que a prática prescritiva exerce nos serviços de saúde, é o fato de os usuários associarem a solução de seus problemas de saúde a certos produtos realizados pelo serviço, como por exemplo, atribuindo ao procedimento em si a satisfação de necessidades, “um fetiche, como se um exame qualquer tivesse a propriedade natural de proteger a saúde das pessoas” (FRANCO; MERHY, 2005, p.184).

Em relação a essa questão, acreditamos que seja importante (re) construir outras práticas de saúde, para que trabalhadores de saúde e usuários protagonizem relações cuidadoras. Por isso concordamos com a posição dos

autores ao colocarem que o desafio que se coloca aos trabalhadores de saúde, é construir processos de produção de saúde que sejam capazes de propor novas referências para os usuários, assegurando-lhes um atendimento centrado nas tecnologias leves, mais relacionais, baseados na idéia de cuidado usuário-centrado rumo à desconstrução imaginária da demanda por procedimento.

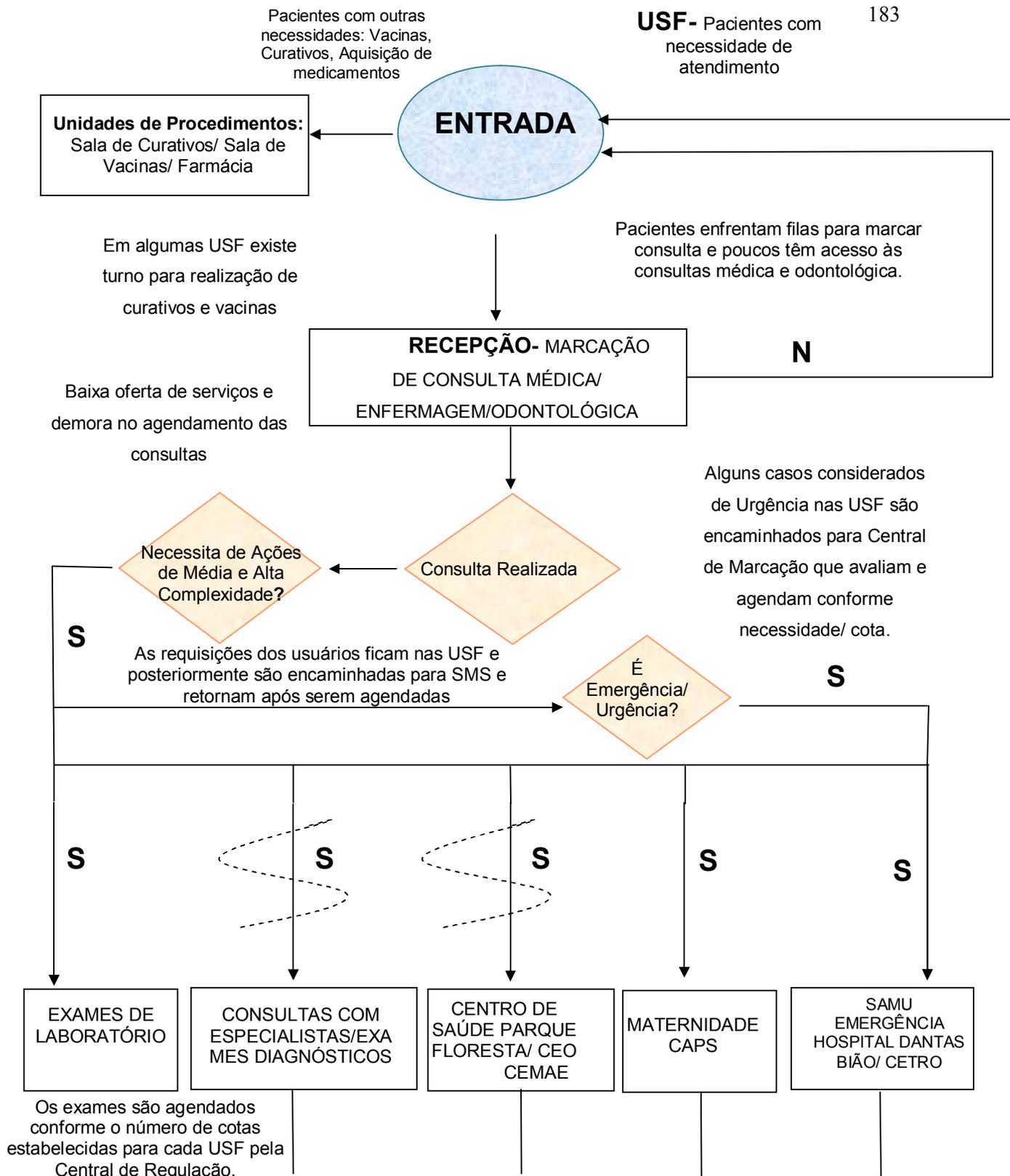
Contrapondo-se à realidade anterior, sobre a solicitação de exames, há depoimentos que referem a utilização de exames no PSF.

Eu acho que muitos casos podem ser resolvidos dentro do PSF só que como eu falei eu volto a questão da demanda, a demanda é muito grande então vão resolver muitas coisas aqui, porém vai ter coisas que não vai conseguir, então vai ter coisas que realmente vão precisar de um especialista, um exame. **Aqui também tem todo um critério não do clínico do PSF de passar exame** porque tem uma cota para exames, então, precisava de uma consulta com o especialista para ele ver se precisa de uma endoscopia ou não, não é o clínico de PSF que deveria estar solicitando esse tipo de exame, então eu acho que resolve muita coisa, mas o problema de não resolve tudo é que tem muito haver com a demanda e com o número de cotas estabelecidas (E.6, Grupo I).

Bom a gente tem aqui dentro dos exames complementares de especialidades existe o sistema de cotas que a Secretaria distribui essas cotas dos profissionais e a gente vai passando, vai solicitando na medida do possível, certo, existe uma prática para na medida do possível o paciente já sentar dizendo o que quer coisa que comigo eu passo na frente não é assim que funciona, **o exame para mim é complementar e vai continuar sendo**, então eu faço um julgamento muito grande naquilo que eu encaminho e naquilo que eu mando (E.23, Grupo I).

Por um lado, essa atitude pode demonstrar um reconhecimento de que os exames/ consultas com especialistas são complementares ao atendimento o que passa por uma “nova” maneira de lidar com as necessidades dos usuários. Por outro lado, aponta para o uso racional desses recursos em meio a baixa oferta de serviços.

A partir do Fluxograma 2 a seguir é possível visualizarmos a articulação entre o PSF e as redes assistenciais, bem como o “caminho” percorrido pelo usuário para acessar os níveis de complexidade do sistema de saúde municipal.



Elipse- Entrada ou Saída do processo de produção dos serviços



Retângulo- Momentos de decisão para a continuidade do Trabalho



Losango- Momento de Intervenção, ação sobre o processo

Fluxograma Analisador 2 Articulação das Equipes de Saúde da Família com as redes assistenciais do município de Alagoinhas-BA.

O usuário, após entrar na unidade, enfrenta a primeira fila, caso tenha como necessidade o agendamento de consulta médica ou odontológica. A consulta da enfermeira está voltada para o atendimento a grupos específicos (gestante, criança...) e sua agenda para esses atendimentos está aberta indistintamente. Aqueles usuários que após consulta do médico, enfermeiro ou dentista, necessitem de atendimento de média e alta complexidade, vão precisar deixar as requisições solicitadas por esses trabalhadores na unidade, que posteriormente serão encaminhadas para a Secretaria Municipal de Saúde (Central de Marcação e Regulação) conforme o número de cotas estabelecidas pela central de regulação para cada unidade de saúde, quando enfrentarão a segunda fila, que embora seja “virtual”, provoca uma nova espera para os usuários.

Devido à oferta baixa de serviços, principalmente no que se refere a consultas com especialista (cardiologia, neurologia...), e que provoca a morosidade do agendamento das consultas, alguns casos considerados como urgência são feitos relatórios e os usuários encaminhados diretamente para a central de marcação, que avalia o caso e agenda de acordo com a necessidade e, em caso de existência de cota, já é subtraído do número total destinado para aquela USF.

Quando necessário encaminhar os usuários para o pediatra e/ou clínico geral (referência para hipertensão e Diabetes), eles são orientados e encaminhados com relatório de referência para a Unidade Básica do Parque Floresta. Vale ressaltarmos que tais serviços são ofertados por demanda espontânea, de maneira que o usuário novamente necessitará pegar uma nova fila para conseguir ter acesso ao serviço referido.

Salientamos também que embora o acompanhamento dos portadores de tuberculose e hanseníase sejam de responsabilidade das USF, no município de Alagoinhas todos os pacientes pertencentes a esses grupos de risco são acompanhados e tratados no Centro de Saúde do Parque Floresta que mantém o serviço de Dermatologia Sanitária com especialista em Pneumologia.

É por meio de relatório de referência também, que os usuários do PSF têm acesso ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), que

dispõe de especialistas nas áreas de Endodontia, Cirurgia, Periodontia, Diagnóstico Bucal para detecção do câncer, atendimento aos portadores de necessidades especiais dentre outros), assim como ao Serviço de Infectologia, especializado no tratamento das Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Após identificado tais necessidades para esses serviços nas USF os trabalhadores encaminham esses usuários por meio de relatório, cabendo mais uma vez ao pacientes buscarem essas consultas.

As demais consultas especializadas (Dermatologia, Mastologia, Urologia, Otorrinolaringologia, Gastroenterologia, Pneumologia) além da realização de pequenas cirurgias) são oferecidas pelo Centro Municipal de Atendimento Especializado (CEMAE) responsável também pela autorização de internações hospitalares e exames complementares. O acesso a esse serviço é por meio do agendamento prévio.

Os exames diagnósticos são ofertados na sua maior parte pelas clínicas contratadas e conveniadas do município, porém, um exame de maior complexidade é realizado no hospital geral público local.

Nos casos de urgência e emergência, os usuários do PSF são encaminhados diretamente para esse serviços (CAPS, Hospital Dantas Bião, Maternidade Municipal e Centro Especializado Traumatologia Reabilitação e ortopedia LTDA-CETRO) por meio de relatório de referência sendo necessário em alguns casos solicitar o Serviço Móvel de Atendimento a Urgência (SAMU), não sendo mencionado pelos entrevistados grandes dificuldades de acesso.

Conforme alguns depoimentos dos trabalhadores e usuários, embora estejam submetidos à regulação/ cota os exames laboratoriais, eles são realizados de forma mais facilitada pelos usuários, acreditamos que a existência do Laboratório Público Municipal venha a ampliar a oferta desses serviços.

Os exames que a gente faz nos laboratórios, de fezes, urina, sangue sabe, chegam bem mais rápido, não demora muito não (...). (E.25, Grupo II)

Eu mesma precisei fazer uns exames de sangue para me operar e não tive dificuldade nenhuma, os papéis chegaram no posto e eu conseguir fazer logo (E.31, Grupo II)

Os exames laboratoriais não temos muito problema, até mesmo um Raio X vamos dizer assim temos muitas cotas (...) (E.7, Grupo I)

É possível ainda ver no Fluxograma que existe um ponto de estrangulamento no que diz respeito ao acesso a consultas especializadas e exames diagnósticos de maior complexidade.

O Fluxograma retrata também a falta de fluxos assistenciais “direcionados” que garantam aos usuários um acesso aos demais níveis de assistência equitativa e integralmente, além da fragilidade do sistema de referência e contra-referência, que na maioria das vezes, responsabiliza apenas o usuário e trabalhador do PSF, isentando a responsabilização das outras redes.

Para um efetivo fortalecimento do Programa de Saúde da Família em Alagoinhas para garantir a Resolubilidade da atenção é necessário aumentar a sua capacidade de resolver problemas, que perpassa em nossa opinião, pela construção de uma rede de atenção articulada, que garanta acesso aos usuários a todos os níveis de assistência quando se fizer necessário, mais além de tudo passa pela reformulação dos processos de trabalho no PSF, a partir do exercício da Clínica com uma redefinição do seu objeto, colocando o usuário no lugar central das ações, que não está distante do modelo preconizado nos documentos oficiais do município (ALAGOINHAS, 2005; ALAGOINHAS 2004). Contudo é preciso, colocar a teoria em ação.

Partimos do pressuposto de que para a consolidação do PSF enquanto política é necessário (re) definir uma política de gestão que seja focalizada na produção do cuidado em saúde e do enfrentamento dos dilemas e desafios que se apresentam histórica e cotidianamente no PSF, a partir de uma discussão coletiva com trabalhadores e usuários do sistema de saúde municipal.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É preciso construir políticas sociais que revolucionem o jeito de pensar, agir, sentir e sonhar a Saúde Pública e que cada integrante do processo em curso, se sintam participantes, protagonistas, enfim sujeitos portadores de um projeto futuro (FRANCO, 2004).

Os avanços no campo da saúde, criados a partir da criação e implementação do Programa de Saúde da Família são inegáveis, justamente por que esse Programa foi capaz de contribuir para a transformação do quadro de saúde brasileiro, além de permitir um maior acesso as ações e serviços para uma grande parcela de pessoas.

Contudo, a enorme complexidade que envolve o Programa que, em sua essência, vão desde o seu financiamento, os processos de trabalho instituídos normatizados pelo Ministério da Saúde, os significados e representações que essa estratégia de atenção para os gestores e trabalhadores de saúde e usuários, possibilita a interação entre atores socialmente distintos e confere ao Programa diversas interfaces com a atenção à saúde e conseqüentemente na produção do cuidado em saúde.

O espaço criado pelo PSF no contexto de atenção à saúde privilegia ações mais integrais e humanizadas, a partir do estabelecimento de acolhimento e vínculos com a comunidade, por meio do trabalho com equipe multiprofissional, seriam capazes de contribuir para a transformação do modelo de atenção a saúde vigente.

A aposta no PSF perpassa também pela potencialidade desse Programa em resolver problemas básicos de saúde denotando o uso mais racional das ações e serviços de saúde de maior complexidade, no sentido de transformar a lógica dominante procedimento-centrada e/ou imprimir uma nova dinâmica na realidade e garantir uma maior Resolubilidade do sistema.

No cotidiano do trabalho no PSF no qual, atuamos desde que nos formamos no ano de 2003, em diversas situações, observávamos que existia dificuldades no atendimento aos usuários do PSF. Na maioria das vezes essas dificuldades, estavam relacionadas com as questões de trabalho, ou seja, a

incapacidade dos trabalhadores resolverem os problemas dos usuários seja pela baixa oferta de atendimentos, uma atenção focalizada na doença; a não garantia do acesso a todos os usuários que ali chegavam, bem como outras situações que barravam o atendimento iniciado na USF, como a ineficiência do sistema de referência e contra-referência, que muitas vezes não dependia diretamente do PSF. E com muita frequência, nos questionávamos sobre as potencialidades do PSF em promover de fato as mudanças necessárias para o setor saúde e sobre a sua capacidade de dar respostas as necessidades dos usuários.

Ao propormos a realização desse estudo, buscávamos uma compreensão das práticas dos trabalhadores que fazem o Programa Saúde da Família em Alagoinhas, no sentido de compreender como o cuidado era realizado e identificar os possíveis fatores que podiam estar relacionados à Resolubilidade do Programa e que nos permitissem entender/compreender tal situação.

A partir da compreensão de toda a complexidade vivenciada e os limites que o PSF apresenta no contexto dos sistemas de saúde, balizamos a nossa pesquisa no pressuposto de que a produção do cuidado das ESF que atuam no PSF de Alagoinhas não dá conta de resolver os problemas de saúde individual/ coletivo, caracterizando-se como de baixa resolubilidade nos diversos níveis do sistema, existindo contradições e conflitos entre as ações preventivas e curativas, individuais e coletivas; o acesso aos serviços e ações, desde a atenção médica e saúde até as ações primárias e de maiores complexidades. Desse modo a resolubilidade a partir da produção do cuidado da ESF permeia o imaginário dos trabalhadores de saúde/ usuários, sobretudo por uma clínica centrada no ato prescritivo de procedimentos (exames, medicamentos, consultas) fragmentadas em ação substitutiva da prática que valoriza a clínica de múltiplos profissionais.

Não pretendíamos, contudo testar ou mesmo perseguir esse pressuposto enquanto resultado a ser alcançado no estudo, até porque compreendemos que poderíamos encontrar cenários e resultados diversificados no cotidiano do PSF de Alagoinhas, de maneira que o pressuposto serviu apenas de baliza para nos conduzir na realização da pesquisa.

Os resultados alcançados nos permitiram inferir que o Programa Saúde da Família embora se apresente enquanto proposta de reorganização do sistema de saúde no município de Alagoinhas desde o ano de 2002, na prática a Atenção Básica ainda encontra-se fragmentada e como uma “estreita porta” de entrada para os usuários do sistema, além de existir grande fragilidade no sistema de referência e contra-referência que limita as ações iniciadas no PSF e impossibilita uma Resolubilidade das ações de saúde no Programa.

Os trabalhadores e usuários reconhecem que a Resolubilidade está relacionada com um conjunto de características como o acolhimento, trabalho em equipe, intersetorialidade, capacidade técnica, compromisso, responsabilização e vínculo, enquanto características necessárias e que deve permear a atenção realizada no PSF e relevantes para promover o cuidado, contudo apontam que a capacidade de resolver problemas não se resume ao Programa, mas está extremamente imbricado com os recursos disponíveis nas demais redes de assistência do município.

Na produção dos dados, encontramos um Programa que direciona as suas ações principalmente nas Ações Programáticas e com poucas ações de Vigilância da Saúde das ESF no território. A esse despeito, observamos que existe uma atenção privilegiada para os grupos de risco, e baixa oferta de atendimento, sobretudo médico e odontológico para os demais usuários do serviço, caracterizando-se como um serviço programa-centrado.

Para caminhar rumo a produção do cuidado no PSF é preciso reconhecer que a organização das atividades de forma prescritiva não garante uma atenção integral, sendo relevante o reconhecimento da insuficiência das prescrições e das receitas, não é tarefa simples, há que se pensar na solidariedade interna da equipe, a sinergia das diversas competências, pré-requisitos para o desafio desta equipe e com a necessidade de inventar abordagens a cada caso, exige um ‘luto’ da onipotência de cada profissional, para que seja possível o trabalho em equipe, e some-se as competências e a criatividade de cada membro da equipe (FRANCO; MERHY, 2006).

Neste sentido, acreditamos que seja necessária uma melhor estruturação com ampliação das ações no PSF e uma valorização do usuário como sujeito co-responsável pelas ações que envolvem a sua saúde, assim

como a necessidade de (re)construção de um modelo de atenção à saúde para o município, que valorize a Educação Permanente enquanto dispositivo e que contribua para implantação do modelo de saúde usuário-centrado.

Percebemos também que as ESF organizam o trabalho a partir do processo e das tecnologias de trabalho em saúde privilegiando as leve-duras e duras, com poucos traços das leves, como território dos fazeres com enfoque em atos prescritos em favorecimento do modelo médico-centrado.

Para romper com essa realidade encontrada, concordamos com a posição trazida por Franco e Merhy (2006) que acreditam que enquanto os trabalhadores do PSF não construírem uma interação entre si, trocando conhecimentos e articulando um “campo de produção do cuidado” que é comum à maioria dos trabalhadores, não pode dizer que há trabalho em equipe. O aprisionamento de cada um em seu “núcleo específico” de saberes e práticas, aprisiona o processo de trabalho as estruturas rígidas do conhecimento técnico-estruturado, tornando-o trabalho morto dependente. Ao contrário, o “campo de competência” ou “campo do cuidado”, além da interação, abre a possibilidade de cada um usar todo seu potencial criativo e criador na relação com o usuário, para juntos realizarem a produção do cuidado para remodelar a assistência à saúde, o PSF deve modificar os processos de trabalho, fazendo-os operar de forma “tecnologias leves dependentes”, mesmo que para a produção do cuidado sejam necessários o uso das outras tecnologias.

É preciso compreender que essa estratégia de atenção permite, o trabalho em equipe com envolvimento trabalhadores de saúde e integração com os usuários/comunidade, que confere ao PSF as possibilidades com as quais se precisa dialogar, no sentido de transformar a lógica dominante e/ou imprimir uma nova dinâmica de saúde, é preciso explorar os campos de tensão para proporcionar movimentos instituintes.

Diante de tal realidade e compreendendo que o PSF em Alagoinhas ainda encontra-se em processo de construção e, portanto, está inacabado; nos concentramos em trazer os desafios para gestores, trabalhadores e usuários e que venham contribuir para uma nova perspectiva para a assistência a saúde no PSF de Alagoinhas.

Elencamos aqui alguns desafios que se apresentaram a partir da realização do estudo, e que reconhecemos a necessidade de se travar uma discussão efetiva, que objetive descobrir caminhos para implantação processual de uma nova perspectiva na realidade do PSF pautadas na necessidade de:

- Ampliação da cobertura do programa para promover a universalização do atendimento aos usuários do sistema;
- Reorganização do trabalho e dos serviços focado nas necessidades de saúde dos usuários a partir da construção de uma prática usuário centrada com favorecimento do uso das tecnologias mais relacionais;
- Instituição do Dispositivo Acolhimento enquanto tecnologia de gestão para garantir o acesso equitativo aos usuários das USF;
- Melhor estruturação das Unidades de Saúde da Família, para garantir um espaço de trabalho adequado que venha promover;
- Construção de uma rede de serviços com garantia da complementaridade entre as redes assistenciais;
- Conformação de Linhas de produção do cuidado consonante com as necessidades dos usuários com oferta de fluxos de atendimentos que assegurem o acesso as tecnologias adequadas que vinculem trabalhadores e usuários;
- Institucionalização e implantação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) para permitir espaços democráticos de participação dos usuários na definição de políticas, planejamento e avaliação do PSF
- Definição de uma política de Recursos Humanos para o SUS municipal.

A este pensamento, também acreditamos que não basta lutar pelas melhorias no PSF, devem-se avaliar as dificuldades e desafios existentes, apontados significativamente neste estudo, bem como remodelar as práticas de saúde, junto com as pessoas que fazem saúde, ou seja, os trabalhadores e gestores. Nessa perspectiva, acreditamos de fato que para uma mudança efetiva da realidade encontrada seja necessário,

uma radical mudança no modelo assistencial, protagonizada a partir da categoria trabalho- trabalho aqui tem conotação substantiva, existência própria, potência instituinte que traz em si um projeto de futuro, o qual procura realizar no momento presente. O trabalho é pensado portanto como força motriz, portadora de um projeto de mudança, potencial por excelência, da capacidade de operar um processo de alteração um importante no modo de produzir cuidado aos usuários dos serviços de saúde (FRANCO, 2004, p.48)

E concordamos com esse autor, no sentido de que não existe solução fácil para o desafio que se busca realizar, mas sabemos que para inverter a maneira de se produzir saúde/cuidado no SUS, é necessário mudar as cabeças e trocar os corações dos trabalhadores da saúde.

REFERÊNCIAS

ALAGOINHAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde Gestão 2002-2005**. Alagoinhas: SESAU, 2002. DOC1.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2004**. Alagoinhas: SESAU, 2004. DOC2.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2005**. Alagoinhas: SESAU, 2005. DOC3.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2006**. Alagoinhas: SESAU, 2006. DOC4.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde Gestão 2007-2009**. Alagoinhas: SESAU, 2007a. DOC 5.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2007**. Alagoinhas: SESAU, 2007b. DOC6.

_____. Prefeitura Municipal (site oficial). Disponível em: <<http://www.alagoinhas.com.br/alagoinhas/scripts/index.php>>. Acesso em: 13 de Setembro de 2007c.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório SIAB (Dez. 2008)**. Alagoinhas: SESAU, 2008.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório SIAB (Jan. 2009)**. Alagoinhas: SESAU, 2009.

ASSIS, M. M. A. Avaliação da produção do cuidado em saúde e a construção da integralidade a partir do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF): o caso da Bahia (Projeto do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva), Feira de Santana, 2006.

ASSIS, M. M. A. ; JORGE, M. S. B. Método de Análise em Pesquisa Qualitativa no campo da Saúde Coletiva. S./d. (Digitado).

ALBUQUERQUER, A. B. B. **Visita Domiciliária como componente do PSF:** compreendendo as percepções dos usuários dos serviços no município de Fortaleza (CE). 99fls. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE, 2006.

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: Construindo novas “autonomias” no trabalho. **Informe- comunicação, Saúde, Educação.** Botucatu, v.5, n.9, p.150-153, ago. 2001.

AZEVEDO, A. L. M. **Acesso à atenção à saúde no SUS:** o PSF como (estreita) porta de entrada. 177 fls. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Osvaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife- PE, 2007.

BARBOZA, T. A. FRACOLI, L. A. A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência á saúde no Programa Saúde da Família. **Cadernos de. Saúde Pública** . Rio de Janeiro 2005.

BOFF, L. **Saber cuidar:** ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8.080**, 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 da outras providências. Brasília-DF, 1990a.

_____. Ministério da Saúde. **Lei 8.142**, de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e da outras providências. Brasília-DF, 1990b.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Uma estratégia para reorganização do modelo assistencial**, Brasília 1997a.

_____. Norma **Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOBSUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997b.

_____. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos- **Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde:** Fundação Osvaldo Cruz, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Saúde Família**. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/psf/menu/menu.htm>>. Acesso em: 01 de abril de 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Manual técnico para estruturação física de unidades de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. 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, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 154 de 24 de Janeiro de 2008**. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)**. DATASUS. Disponível em : <<http://siops.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 13 de setembro de. 2007a.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB)**. DATASUS. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?siab/cnv/SIABSBA.def>>. Acesso em: 13 de setembro de 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e a Saúde da Família** Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 05 de Outubro de 2007c.

_____. Ministério da Saúde. **ABC do SUS**. BRASÍLIA: Ministério da Saúde, 2007d.

CAETANO, R. ; DAIN, S. O Programa de Saúde da Família e a reestruturação da Atenção Básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 12, n.1, p.11-21, 2002.

CAMPOS, G.W.S. Crítica às noções que fundamentam o método de “Programação em Saúde”. In: CAMPOS, G.W.S. **A Saúde pública e a Defesa da Vida**. 2^a. ed. São Paulo: HUCITEC, 1994.

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

CAMPOS, G. W. **Saúde Paidéia**. 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 2005.

CAMPOS, G.W. Clínica e Saúde Coletiva compartilhados: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS,G.W *et al*. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo- Rio de Janeiro: HUCITEC/ EDITORA FIOCRUZ, p.41-80, 2006.

CAMPOS, G. W. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 3.ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

CECCIM, R.B. **Linha do 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)

COELHO, T. C. B. Processo de Trabalho em Saúde. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**. v.1, n.1, p.121-127, 2002.

CONILL, E. M. Ensaio histórico- conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos de saúde e a Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24p. , n. 1, p. 7-27, 2008.

COLOMÉ, I. C. S. **Trabalhar em equipe no Programa Saúde da Família na concepção de enfermeiras**. 97 fls. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre- RS, 2005.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 3.ed. São Paulo: CORTEZ, 1998.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A peculiaridade da clínica na atenção básica**. In: CUNHA, Gustavo Tenório. A construção da clínica na atenção básica. São Paulo: HUCITEC, 2005.

DEMO. P. **Metodologia Científica em Ciências Sociais**. 3.ed. revista e ampliada. São Paulo: ATLAS, 1995.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G.. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: um diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (orgs.). **Caminhos do pensamento-** Epistemologia e método. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.195-226, 2002.

DONNANGELO, C.; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

FAVORETO, C. A. O. Clínica, gestão e Avaliação do cuidado: aspectos conceituais, metodológicos e práticos. In: MATTOS, R. A E PINHEIRO, R. (org). **Cuidado:** as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: ISM/ UERJ-CEPESC-ABRASCO, p.205-220, 2006.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. ; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, n.2, p.345-353, abr./jun., 1999.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JR., H.M.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E.E. (Org.). **O trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p.125-34.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Construção Social da demanda**. Rio de Janeiro: IMS/CEPESC/ABRASCO, 2005, p.181-193.

FRANCO, T. B.; ANDRADE, C. S.; FERREIRA, V. S. C.; SILVA, C. S. Acolhimento: necessidade e desafio. Disponível em: http://www.uesc.br/atencaoasaude/publicacoes/acolhimento_-_necessidade_e_desafio_-_cristina_setenta_et_al.pdf. Acesso em 03 de Janeiro de 2009.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Disponível em:
http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/reestruturacao_produtiva_e_transicao_tecnologica_na_saude_emerson_merhy_tulio_franco.pdf . Acesso em 14 de janeiro de 2009.

FRANCO, T.B.; MERHY, E. E. Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. Disponível em:
<http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/>. Acesso em 23 de Janeiro de 2009.

FRANCO, T. B. Fluxograma Descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, E. E. e col. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, p.161-198, 2006a.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 459-473, 2006b.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Integralidade na Assistência à Saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E.E. *et al* . **O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, p.125-133, 2006.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial. In: MERHY, E.E. *et al* . **O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, p.55-124, 2006.

FRANCO, T.B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: . **O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, p.37-54, 2006.

FREIRE, R.C. **As ações programáticas no projeto Saúde Todo Dia: uma das tecnologias para a organização do cuidado**. 120 fls. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas- SP, 2005.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 18. ed. Rio de Janeiro: GRAAL, 2003

GALLO, E.; NASCIMENTO, P. C. Hegemonia, Bloco Histórico e Movimento Sanitário. In: COUTINHO, C. N. *et al.* **Reforma Sanitária em busca de uma teoria**. São Paulo/ Rio de Janeiro: ABRASCO, P. 91-117, 1989.

GOMES, R.S.; PINHEIRO, R.; GUIZARD, F. L. A Orquestração do Trabalho em Saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção Social da demanda**. Rio de Janeiro: IMS/CEPESC/ABRASCO, 2005, P.105-116.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico Brasileiro 2000**. Alagoinhas: IBGE, 2006.

LOCH-NECHEL, G.; SEEMANN, G.; BERTON, H.; REBUSKE, M. M.; CREPALDI, M.A. e col. **Desafios para ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativos à composição das equipes de Saúde da Família**. Disponível em: <
http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1550>. Acesso em 3 de Janeiro de 2009.

MACHADO, F. R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARD, F.L. AS novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde. In: MATTOS, R. A E PINHEIRO, R. (org). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: ISM/ UERJ- CEPESC-ABRASCO, p.37-56, 2006.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de Pesquisa: Planejamento e execução de pesquisas/Amostragens e técnicas de pesquisa/ Elaboração, análise e interpretação de dados**. 3.ed. São Paulo: ATLAS, 1996.

MATTOS, G. **Dicionário Júnior da Língua Portuguesa**. 3.ed. São Paulo: FTD, 2005.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n. 5, p.1411-1416, set./out., 2004.

MEDEIRO, A. S. S. **Resolubilidade do PSF de Feira de Santana: uma questão de objetividade e subjetividade na saúde**. Projeto de Pesquisa apresentado ao Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, 2006. (Digitado)

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas de processo de trabalho na rede

estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC/ ABRASCO, 1994.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n.2, p.305-315, 1999.

MERHY, E. E. O Conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como sala válido. In: FRANCO e col. **Acolher Chapecó**. Santa Catarina: Prefeitura Municipal, 2004.

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. São Paulo: HUCITEC, p.15-36, 2006.

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

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R.(orgs). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, p.71-112, 1997a.

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção de saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R (orgs). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo:HUCITEC, p.197-228, 1997b.

MEHRY. E. E. Em busca da Qualidade dos Serviços de Saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde) In: CECILIO, L. C.O. L. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, p. 117-160, 1994.

MINAYO, M. C. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 4.ed. Petrópolis: VOZES, 1995.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo- Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1994.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M.A. A prática da enfermeira no Programa Saúde da Família: a interface da Vigilância da Saúde *versus* Ações programáticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.2, p.333-345, 2005.

NEMES, M.I.B. Prática Programática em Saúde. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (Org.). **Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2000.

NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F; BÓGUS, C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Revista Saúde e Sociedade**. v.1, n.3, p.44-57, set./dez., 2004.

PAIM, J. S. **Recursos Humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos desafios agudos**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/ UUSP, 1994.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 254 fls. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 1998.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**. v.35, n.1, p.103-9, 2001.

PNUD (2000). **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento**. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/odm//index.php?id01=25&lay=>>>. Acesso 13 de setembro de 2007.

RIBEIRO, E. M; PIRES, D.; BLANK, V. L. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n. 4, p.438-446, mar./abr., 2004.

ROSEMBERG, B. Comunicação e participação em saúde. In: CAMPOS, G.W *et al* . **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo- Rio de Janeiro: HUCITEC/ EDITORA FIOCRUZ, p.741-765, 2006.

SILVA, I. M. **Planejamento em saúde no Programa Saúde da Família em Jequié-Ba: a dialética entre a teoria e a prática**. 225 fls. Mestrado (Mestrado em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana-BA, 2006.

SILVA JUNIOR, A. G. S; ALVES, C. A.; ALVES, M. G. M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. IN: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: IMS/CEPESC/ABRASCO, 2005, p.77-89.

SILVA JUNIOR, A. G.. **Modelos Tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo as saúde coletiva. 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

SILVA. T. O. Acesso do usuário à assistência farmacêutica no município de Santo Antônio de Jesus- BA. 197 fls. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana- BA, 2008.

SANTOS, A. M. **Da fragmentação à integralidade**: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no programa de saúde da família de Alagoinhas-B. 2005. 203f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Universidade Estadual de Feira de Santana, 2005.

SANTOS, R. C. **Saúde Todo Dia**: uma construção coletiva. São Paulo: HUCITEC, 2006.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A.; RODRIGUES, A. A. A. O.; NASCIMENTO, M. A. A.; JORGE, M. S. B. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de Saúde Bucal do Programa de Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.1, p.75-85, 2007.

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.

SOUZA, M. C **Modelo de Atenção à Saúde no centro de Saúde do Parque Floresta- Alagoinhas-BA**: do imaginário à realidade. 2006. 203f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Universidade Estadual de Feira de Santana, 2006.

SOUZA, E. M. O. **Financiamento e gasto do Programa de Saúde da Família (PSF)**: limites e possibilidades um estudo de caso no município de Alagoinhas-BA. 30 fls. Artigo apresentado ao curso de Especialização de Economia em Gestão de Saúde) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA, 2005.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e a lógica de programação**: o caso da saúde. São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995. p.15-62.

TRAESEL, C. A.; BEDIN, F. N. P.; GALLINA, L. S.; DANELUZ, S. F. S.; SANTOS, A. C.; MELO, T. T.; CALDAS, A.B. Educação em saúde: fortalecendo a autonomização do usuário. In: FRANCO e col.. **Acolher Chapecó**. Santa Catarina: Prefeitura Municipal, p.111-142, 2004.

TRIVÑOS, A. N. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: ATLAS, 1987.

WEBCARTA.NET Disponível em
:<<http://webcarta.net/carta/geo.php?r=68&lg=pt>>. Acesso: 13 de setembro de 2007.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J.S. ; VILASBÔAS, A. L, SUS, Modelos assistenciais e Vigilância da Saúde, **IESUS**, v.7, n.2, abr./jun., p.7-28, 1998.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. A mudança do modelo de atenção a saúde: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 257-277, Set/ dez. 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Universidade Estadual de Feira de Santana
Departamento de Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado em Saúde Coletiva

Título da pesquisa: Produção do cuidado das equipes de saúde da família em busca da resolubilidade da atenção à saúde

Pesquisadora responsável: Prof^a Dr^a Maria Ângela A. do Nascimento

Pesquisadora colaboradora: Silvânia Sales de Oliveira

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA (Trabalhadores do PSF)

Data: ____ / ____ / ____

Ent. nº:

Início:

Término:

1) Caracterização do entrevistado:

- a) Sexo:
- b) Idade:
- c) Nível de Escolaridade
- d) Profissão
- e) Vínculo Profissional
- f) Tempo de experiência no PSF:
- g) Tempo de trabalho na ESF:
- h) Participação de cursos/seminários e outros
- i) Pós-graduação na área (especificar):

2) Temas norteadores:

- a) Processo de trabalho no PSF
 - Objeto de trabalho
 - Sujeitos do processo de trabalho
 - Finalidade/concepção do trabalho desenvolvido no PSF
 - Atividades desenvolvidas
 - Instrumentos utilizados para realizar o cuidado
- b) Resolubilidade da Equipe de PSF- Estratégias
- c) Articulação e complementaridade de serviços e redes existentes
- d) Dificuldades/facilidades encontradas na produção do cuidado em busca da resolubilidade das necessidades de saúde do indivíduo/ família no PSF de Alagoinhas/ BA.

APÊNDICE B

Universidade Estadual de Feira de Santana
Departamento de Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado em Saúde Coletiva

Título da pesquisa: Produção do cuidado das equipes de saúde da família em busca da resolubilidade da atenção à saúde

Pesquisadora responsável: Prof^a Dr^a Maria Ângela A. do Nascimento

Pesquisadora colaboradora: Silvânia Sales de Oliveira

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA (Usuários)

Data: ____/____/____

Ent. nº:

Início:

Término:

1) Caracterização do entrevistado:

a) Sexo:

b) Idade:

c) Escolaridade:

d) Profissão/ocupação:

e) Reside na área:

f) Período que é acompanhado pela ESF

2) Questões norteadoras:

- Processo saúde/ doença X resolubilidade

- Trabalho da Equipe de PSF (produção do cuidado na resolubilidade das necessidades de saúde indivíduo/ família))

- Dificuldades/facilidades encontradas na ESF para a resolubilidade as necessidades de saúde indivíduo/ família no PSF de Alagoinhas/ BA.

APÊNDICE C

Universidade Estadual de Feira de Santana
Departamento de Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado em Saúde Coletiva

Título da pesquisa: Produção do cuidado das equipes de saúde da família em busca da resolubilidade da atenção à saúde

Pesquisadora responsável: Prof^a Dr^a Maria Ângela A. do Nascimento

Pesquisadora colaboradora: Silvânia Sales de Oliveira

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

Pontos a serem observados

a) Produção do cuidado

Práticas/ ações desenvolvidas pelos sujeitos

- Resolubilidade das ESF frente às necessidades referidas/ sentidas pelos usuários
- Encaminhamentos realizados diante das necessidades referidas/ sentidas pelos usuários
- Mecanismos de referência e contra-referência

APÊNDICE D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A PRODUÇÃO DO CUIDADO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE À RESOLUBILIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE é uma pesquisa do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), e tem como pesquisadora responsável a Prof^a Dr^a **Maria Ângela Alves do Nascimento** e pesquisadora colaboradora a estudante do curso de Mestrado em Saúde Coletiva, **Silvânia Sales de Oliveira**. A referida pesquisa tem como objetivo: analisar o processo de produção do cuidado das equipes de saúde do Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas- BA diante da resolubilidade das necessidades de saúde dos usuários (individual/ coletivo). A pesquisa se justifica pelo seu caráter social, pois a partir do entendimento de como vem se dando o cuidado no PSF e sua resolubilidade no município de Alagoinhas, pretende-se contribuir para a valorização de um atendimento resolutivo no PSF e propor reflexões no sentido de valorizar uma assistência integral e na busca de uma relação de vínculo e acolhimento entre a população e os trabalhadores. Para coletar os dados serão realizadas entrevistas com os profissionais que trabalham no PSF, assim como com os próprios usuários do serviço. Será necessária a observação do trabalho das equipes no atendimento as pessoas que procuram o serviço. As pessoas que decidirem participar da pesquisa não terão quaisquer gastos financeiros, também será garantida a sua não identificação, tendo um local reservado para a entrevista, livre da escuta e observação de outras pessoas. Serão garantidos o sigilo e a confidencialidade da conversa durante e após as entrevistas, que serão gravadas caso o entrevistado permita. As fitas gravadas ficarão arquivadas por dois anos no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) da UEFS- VI módulo, KM-03, BR 116, Campus universitário, de modo a garantir a não utilização das informações obtidas em prejuízo aos entrevistados e após esse período serão destruídas. No momento em que houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre a participação na pesquisa, você pode entrar em contato com os pesquisadores através do telefone (75)3224-8162 do NUPISC. Será respeitada a integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e espiritual do sujeito entrevistado, de modo a evitar qualquer consequência danosa no que se refere à livre expressão de suas opiniões. Afirmamos que os possíveis riscos desta pesquisa poderão estar relacionados a questões relativas constrangimento, insegurança, ansiedade e ao mal-estar no relacionamento entre a pesquisadora e o entrevistado ao responder alguma pergunta. Em caso do entrevistado se sentir constrangido com medo ou coagido em responder a alguma pergunta, pode então desistir em qualquer momento de participar do estudo, sem sofrer qualquer punição. Ou, caso as pesquisadoras percebam algum dano ou risco à saúde no decorrer da pesquisa, esta será suspensa imediatamente. Assim, caso concorde em participar, informamos que as informações coletadas serão utilizadas apenas para fins científicos, e divulgada apenas em eventos de cunho científico como congressos, simpósios, seminários e publicação em periódicos, revistas científicas, livros, entre outros. Após ter sido informado (a) sobre a pesquisa, caso concorde em participar, deverá assinar, juntamente com as

pesquisadoras, este termo de consentimento em duas vias, ficando com uma cópia do mesmo.

Feira de Santana, _____ de _____ de 2008.

Entrevistado(a)

Silvânia Sales de Oliveira
(Pesquisadora Colaboradora)

Maria Ângela Alves do Nascimento
(Pesquisadora Responsável)