



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

MINÉIA ARAÚJO CARNEIRO BASTOS

**RESPONSABILIZAÇÃO COMO DISPOSITIVO RELACIONAL E FERRAMENTA
NECESSÁRIA A PRÁTICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ATENÇÃO À
DEMANDA INDUZIDA E ESPONTÂNEA EM UM MUNICÍPIO DA BAHIA**

FEIRA DE SANTANA – BA

2015

MINÉIA ARAÚJO CARNEIRO BASTOS

**RESPONSABILIZAÇÃO COMO DISPOSITIVO RELACIONAL E FERRAMENTA
NECESSÁRIA A PRÁTICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ATENÇÃO À
DEMANDA INDUZIDA E ESPONTÂNEA EM UM MUNICÍPIO DA BAHIA**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Saúde Coletiva, na linha de pesquisa Políticas, Organização de Sistema, Serviços e Programas de Saúde, da Universidade Estadual de Feira de Santana, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

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

FEIRA DE SANTANA – BA

2015

MINÉIA ARAÚJO CARNEIRO BASTOS

**RESPONSABILIZAÇÃO COMO DISPOSITIVO RELACIONAL E FERRAMENTA
NECESSÁRIA A PRÁTICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ATENÇÃO À
DEMANDA INDUZIDA E ESPONTÂNEA EM UM MUNICÍPIO DA BAHIA**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual de Feira de Santana como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Feira de Santana, 28 de agosto de 2015.

BANCA EXAMINADORA

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

Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos
Universidade Federal da Bahia
(1^ª Examinador)

Prof. Dr. Washington Luiz Abreu de Jesus
Universidade Federal da Bahia
(2^ª Examinador)

Prof^ª Dr^ª Erenilde Marques de Cerqueira
Universidade Estadual de Feira de Santana
(1^ª Suplente)

Prof^ª Dr^ª Prof. Dr^ª Maria José Bistafa Pereira
Universidade de São Paulo
(2^ª Suplente)

Ficha catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado

B326r Bastos, Minéia Araújo Carneiro
Responsabilização como dispositivo relacional e ferramenta necessária a prática na estratégia saúde da família: atenção à demanda induzida e espontânea em um município da Bahia / Minéia Araújo Carneiro Bastos. –Feira de Santana, 2015.

98 f.: il.

Orientadora: Marluce Maria Araújo Assis.

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

1. Saúde - demandas 2. Atenção Básica à Saúde. Assis, Marluce Maria Araújo, orient. I.Universidade Estadual de Feira de Santana. II.Título.

CDU: 614:616-089 (814.2)

*[...] Se as palavras não mostrarem
Como é grande a minha gratidão
Mesmo assim, Senhor
Recebe o meu louvor
É de coração.*

*A professora e orientadora, **Marluce Assis**,
pelo profissionalismo, generosidade, produção teórico-política e por me fazer
apostar em outras utopias possíveis. Por ter sido o maior exemplo de gestora,
militante e mestre que tive.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelas oportunidades concedidas em minha vida, por seu amor incondicional, sua constante presença e por ter me dado a vitalidade e tudo mais que eu preciso. Pois, “o que ninguém nunca viu nem ouviu, e o que jamais alguém pensou que podia acontecer, foi o que Deus preparou para aqueles que o amam” (I Coríntios 2:9). Toda honra e toda glória pertencem a Ti, Senhor!

Ao meu esposo, Carlos Fernando pelo amor, compreensão, por compartilhar sempre com felicidade as minhas conquistas. Suas palavras de encorajamento sempre presentes nos momentos de cansaço e ansiedade. Seu amor e carinho. Agradeço a Deus que nos concedeu a oportunidade de compartilharmos a realização desse sonho. Te amo.

Aos meus pais, Honório e Mariza, pela dedicação e ensinamento, com amor e firmeza. Obrigada pelos exemplos de força e determinação, pelos valores fundamentais da vida e por acreditarem que eu poderia ir além do que eu imaginava. Amo vocês.

A minha irmã Laíse, minha melhor amiga e companheira. Sempre presente em todos os momentos. Essa conquista também é sua, obrigada pelo seu cuidado e palavras de incentivo a enfrentar os desafios. Este agradecimento se estende ao seu esposo **Emerson**, igualmente, pelo ânimo e estímulo a nunca desistir.

A Orientadora, por ter aceitado o desafio de conduzir a construção deste estudo, com notória paciência. Obrigada pelas lúcidas manifestações que me animaram e me guiaram pelo caminho. Sem dúvida, referência de vida.

A Professora Ângela, por ter sido muito mais do que minha professora, pelo carinho, disponibilidade, almoços compartilhados, atenção e tolerância despendidos nos momentos mais difíceis da construção desta dissertação. É imensa a gratidão, o respeito e a admiração que tenho por você.

Aos meus familiares, que compreenderam a minha ausência e me incentivaram a prosseguir, em especial às **minhas avós Áurea Carneiro** (*in memorian*) e **Floripes Sena**, exemplos de mulheres guerreiras que nunca sucumbiram às muitas diversidades, muito obrigada pelas palavras sinceras de fé e afeto.

Aos meus amigos, Lore, Tica, James e Priscila, pelos momentos de lazer, de distração, de conversas e risadas, sem descuidarem do indispensável incentivo para essa conquista. Vocês são muito importantes para mim.

A minha sogra, Rosa, pelo zelo e orações que aliviaram o fardo e fortaleceram meus ombros.

A minha amiga, Ana Virgínia, mulher determinada, pela disponibilidade e aconselhamento no processo de seleção desse mestrado. Obrigada por tudo!

Ao meu sobrinho Heitor, pelo carinho que me distraia nos momentos de tensões, e aos seus pais, **Hosana e Jeremias**, por permitirem essa relação de afeto incondicional.

Aos professores Adriano e Maria José, por aceitarem, mais uma vez, o convite para o exame desse estudo, com contribuição inestimável desde a qualificação. Obrigada pelo jeito doce, seguro e agradável com que compartilham o conhecimento. Agradeço a Deus pela existência de vocês.

Aos professores Washington e Erenilde, que aceitaram o convite para participar da banca examinadora de defesa dessa dissertação.

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da UEFS, pelo empenho e dedicação no compartilhamento do conhecimento.

Aos funcionários do Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva, pela presteza, atenção e paciência, especialmente nos momentos de desespero.

Aos colegas de jornada acadêmica, pelos momentos inesquecíveis, em especial, **à Cristiane**, que suportou o estresse na coleta de dados para a construção desse estudo.

A equipe do NUPISC, pela agregação e suporte decisivos na construção dessa pesquisa.

A Fundação CAPES, pelo imprescindível fomento à educação.

A Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, na pessoa da **Sra. Denise Mascarenhas**, pela autorização para coleta dos primorosos dados naquele órgão e nas Unidades de Saúde da Família.

As Equipes de Saúde da Família e aos usuários dos serviços de saúde, pela atenção durante a realização da coleta dos dados, sem a qual seria impossível a concretização desta pesquisa.

RESUMO

Introdução: a responsabilização é compreendida como uma potente ferramenta no processo de trabalho em saúde, sendo capaz de proporcionar mudanças significativas na organização do modelo de atenção, visando à resolubilidade das demandas das pessoas que adentram os serviços de saúde. No entanto, a responsabilização assumida pelo trabalhador ou equipe de saúde, quando articulada ao acolhimento, escuta qualificada e criação de vínculo, configura-se em um essencial agenciamento, podendo proporcionar estreitamento das relações entre trabalhadores e usuários, favorecendo o reconhecimento das reais condições e necessidades de saúde das pessoas e da coletividade. **Objetivos:** discutir as diferentes abordagens sobre a responsabilização e apresentá-las de maneira articulada a compreensão de dispositivo relacional, associada à definição de ferramenta essencial no desenvolvimento do trabalho em saúde proposta para a Atenção Básica à Saúde (ABS); analisar como tem sido construída a responsabilização das equipes que atuam na Estratégia Saúde da Família em um município da Bahia, em busca da resolubilidade das demandas dos usuários. **Metodologia:** utilizou-se nesse estudo a abordagem qualitativa e reflexiva. Para tanto, buscou-se identificar textos por meio de revisão teórica, que abordavam as distintas dimensões da responsabilização em saúde, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na base de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a partir do argumento de busca "responsabilização", identificando-se inicialmente 348 estudos, sendo selecionados 38, considerados relevantes para o desenvolvimento para o estudo. Adotou-se também, entrevistas semiestruturadas com usuários (13), trabalhadores de saúde (22) e dirigentes (09), totalizando 44 entrevistados, e a observação sistemática de 07 (sete) Unidades de Saúde da Família em um município da Bahia. A análise de dados foi orientada pela análise de conteúdo temática e reflexiva, e fluxograma analisador. **Resultados:** a responsabilização pode ser construída desde o primeiro contato do usuário com o serviço, com potencial de ampliar as práticas mais responsivas entre trabalhadores e usuários. No entanto, a organização dos serviços na Estratégia Saúde da Família (ESF) é orientada pela demanda programada ou induzida com foco em usuários que residem no território social da unidade de saúde, em determinadas linhas de cuidado, com direcionamentos de agenda, atenção em dia da semana específico e delimitação de quantitativo de vagas. A atenção à demanda espontânea se organiza com base no reconhecimento da demanda aguda, baseada na enfermidade e na necessidade de atendimento imediato; e a demanda não-aguda, representadas por situações que podem aguardar o atendimento. Identificou-se ausência de trabalho em equipe, reflexo de um contexto em que cada trabalhador exerce a responsabilização em sua prática de forma isolada, desarticulada e direcionada quase que exclusivamente, as demandas induzidas. **Considerações finais:** A organização das demandas na ESF acontece por meio da programação de ações, direcionadas à demanda induzida, embasada no individualismo do sujeito. A atenção à demanda espontânea tem sido orientada pela lógica do atendimento à demanda aguda, quando há urgência de atenção. A responsabilização pelo desenvolvimento das práticas em saúde é assumida individualmente, pois cada trabalhador desempenha sua função sem promover articulação das práticas com os demais membros da equipe. Por fim, se faz necessário compreender que, a responsabilização se concretiza nas ações de todos os sujeitos envolvidos, associada a serviços de saúde interligados, compondo desta forma uma rede articulada com garantia do cuidado continuado aos usuários e famílias.

Palavras-chave: Atenção Básica à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Responsabilização, Necessidades; Demandas de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: accountability is understood as a powerful tool in health work process, being able to provide remarkable changes in the organization of care model, aimed at solving the demands of people who enter the health services. However, the accountability assumed by the worker or health care team when hinged to the host, qualified listening and create bonds, is configured in a key agency and can provide closer relations between workers and users, promoting the recognition of the actual conditions and health needs of people and the community. **Objectives:** To discuss the different approaches on accountability and present them in an articulated way understanding relational device associated with the definition of essential tool in the development of health work proposed for the Primary Health Care (ABS); analyze how the accountability of staff working in the Family Health Strategy in a city of Bahia has been built in search of solving the demands of users. **Methodology:** qualitative and reflective approach was used in this study. Therefore, we sought to identify texts through theoretical review, which addressed the different dimensions of health accountability, the Virtual Health Library (BVS) and Higher Education Personnel Improvement Coordination database (CAPES) from searching the word "accountability", identifying initially 348 studies, 38 of them were selected, relevant to the development to the study. Semi-structured interviews with users (13), health workers (22) and leaders (09), totalling 44 interviewed, and systematic observation of 07 (seven) Family Health Units in a municipality of Bahia were conducted. Data analysis was guided by the theme and reflective content analysis, and analytic flowchart. **Results:** accountability can be built from the user's first contact with the service, with potential to expand more responsive practices between workers and users. However, the organization of services in the Family Health Strategy (ESF) is driven by scheduled or induced demand focusing on users residing in the territory of social health unit, in certain lines of care, with directions agenda, attention occurring in the specific day in the week and delimitation of quantitative spaces. The attention to spontaneous demand is organized based on the recognition of acute demand, based on illness and in need of immediate care; and non-acute demand, represented by situations that can wait for the service. It was identified lack of teamwork, reflecting a context in which every employee carries accountability for their practice in isolation, disjointed and directed almost exclusively induced demands. **Concluding Remarks:** The organization demands for ESF happens through the actions programming, directed to induced demand, based on individualism of the subject. The care to spontaneous demand has been driven by the logic of care to acute demand when there are urgent attention. The accountability for the development of health practices is taken individually, for each worker performs his function without promoting joint practices with the other team members. Finally, it is necessary to understand that accountability is underpinned in the actions of all subjects involved, associated with interconnected health services, making this way an articulated network of assurance continued care to users and families.

Keywords: Primary Health Care; Family Health Strategy; Accountability requirements; Health demands.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
EqSF	Equipe Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NUPISC	Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva
PSE	Programa Saúde na Escola
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1	O OBJETO DE ESTUDO	12
1.1	Aproximação do objeto de estudo	12
1.2	O objeto de estudo	13
2	OBJETIVOS	20
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
3.1	Redes de Atenção à Saúde: os desafios de um sistema integrado e resolutivo	21
3.2	Responsabilização das equipes na Estratégia Saúde da Família	25
4	METODOLOGIA	30
4.1	Natureza do estudo	30
4.2	Cenário de estudo	30
4.3	Participantes do estudo	32
4.4	Fontes de dados	33
4.5	Técnica de coleta de dados	33
4.6	Análise de dados	35
4.7	Aspectos éticos do estudo	36
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	38
5.1	Responsabilização como dispositivo relacional e ferramenta necessária à prática do trabalhador da Atenção Básica em Saúde.	38
5.2	Responsabilização da equipe na Estratégia Saúde da Família (ESF): atenção à demanda induzida e espontânea	59
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
7	REFERÊNCIAS	81
	ANEXOS	89

1 O OBJETO DE ESTUDO

1.1 Aproximação ao objeto de estudo

A motivação e o interesse em pesquisar responsabilização da equipe de saúde, recortando a Saúde da Família em um município da Bahia, emergiram a partir de algumas experiências vivenciadas nos estágios realizados nas Unidades de Saúde da Família à época da graduação em Enfermagem, na Faculdade Nobre, e no exercício profissional como enfermeira em hospital privado conveniado ao Sistema Único de Saúde, o que possibilitou a aproximação aos diversos trabalhadores de saúde e de outras áreas, de maneira que, aos poucos, o conhecimento sobre a realidade dos serviços de saúde foi adquirido.

O acesso ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, em 2013, a participação nas aulas das disciplinas “Estado, População e Políticas Públicas” e “Saúde, Cultura e Sociedade”, com seus temas instigantes, contribuíram para aumentar o interesse pelo momento atual da saúde no Brasil e reconhecer a importância da Atenção Básica de Saúde na transformação da realidade de saúde do país.

Paralelamente às discussões realizadas nestas aulas, houve o aprofundamento do conhecimento sobre a realidade de saúde pública brasileira, através da inserção no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC/UEFS) e da participação nos grupos de estudos, leituras e discussões, que proporcionaram reflexões sobre a atuação das equipes de saúde na atenção básica, dificuldades e desafios enfrentados por elas na tentativa de garantir a resolubilidade dos problemas de saúde da população que busca pelo serviço. Assim, optou-se por fazer um recorte sobre a atuação e responsabilização dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (ESF), frente às necessidades de saúde dos usuários do serviço de saúde, pois, constata-se, como será discutido neste trabalho, que a situação de saúde da população brasileira ainda é preocupante e que se faz necessário o reconhecimento do trabalho da Equipe de Saúde da Família na ESF, como potente ferramenta na contribuição da mudança do modelo de atenção vigente.

Este trabalho faz parte do Projeto de Pesquisa “RESOLUBILIDADE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM DOIS CENÁRIOS DA BAHIA, BRASIL: processo de cuidar *versus* responsabilização da equipe e dos dirigentes do SUS”, sob a coordenação da Prof^ª Dr^ª Marluce Maria Araújo Assis, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ). A investigação torna-se relevante, na medida em que poderá suscitar reflexões críticas sobre a atuação da equipe de enfermagem na ESF, bem

como a resolubilidade da atenção à saúde na “porta de entrada” do sistema de serviços de saúde.

1.2 O objeto de estudo

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada o nível de primeiro contato do sistema de saúde que proporciona a entrada para a maioria das demandas e necessidades das pessoas (STARFIELD, 2002). Através dessa “porta de entrada” preferencial, os indivíduos podem ter acesso aos serviços de saúde garantidos nos princípios que fundamentam o arcabouço jurídico do SUS, visando à resolução das suas necessidades em saúde.

Starfield (2002, p.28) destaca ainda que a APS “integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde”. Compreende-se que, por meio da execução de práticas efetivas, os serviços de saúde disponíveis no contato inicial dos usuários com o sistema de saúde, podem ter a capacidade de produzir intervenções que deem respostas e promovam o cuidado integral em saúde, em diferentes contextos sociais.

Destaca-se ainda que, a Declaração de Alma-Ata possibilitou a implantação, em vários países, de estratégias voltadas para a APS em diferentes realidades sociais, com garantia de acesso a todas as populações do mundo, na tentativa de promover um padrão aceitável de saúde no futuro (CANADÁ, 1986). Esta declaração representou

[...] um marco, em termos de ‘imagem-objetivo’ para o reordenamento dos sistemas de saúde no mundo, capazes de contemplar as necessidades mais complexas que fazem parte do contexto social, político e econômico das populações, introduzindo a participação comunitária como estratégia essencial desse modelo (ASSIS et al, 2007, p. 190).

Nesse contexto, aprova-se o texto constitucional brasileiro, criando o SUS em 1988 (BRASIL, 1989), que somado às críticas realizadas ao modelo de atenção à saúde vigente naquele período - pautado na doença e em práticas biomédicas - embasaram a busca por melhorias que atendessem eficazmente aos anseios da população, no sentido de dar resolubilidade aos problemas e demandas dos usuários na rede de saúde.

Assim, o SUS, alicerçado nas discussões e debates que emergiram do movimento sanitário brasileiro, iniciou mudanças com o objetivo de obter um sistema mais eficaz, de qualidade e acessível a todos, ao mesmo tempo em que assumia a saúde como um direito fundamental do ser humano sob responsabilidade do Estado, que deveria prover e garantir a saúde por meio de “políticas econômicas e sociais integrativas” (SANTOS et al., 2007, p. 75).

Porém, mesmo após o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, o sistema de saúde ainda apresenta olhar centrado nos procedimentos, enfermidades, e ações direcionadas pela queixa/conduita. Diante disto, Assis e outros (2007) consideram importante a efetivação da ideia de APS no reordenamento do modelo de atenção à saúde para que os princípios e diretrizes do SUS - especialmente os de universalização, de integralidade, de equidade, de descentralização e de participação social - sejam garantidos. Há a necessidade de mudanças no modelo de atenção à saúde que atenda as reais demandas do indivíduo e da comunidade, de forma integral e resolutiva em seu contexto social.

No entanto, apesar da compreensão sobre a necessidade da garantia dos cuidados fundamentais a todas as pessoas e reconhecimento da APS como o primeiro nível de contato com os serviços de saúde, as poucas mudanças realizadas nesse modelo de atenção ainda não refletem no acesso com qualidade e com efetividade, que garantam a resolubilidade das necessidades dos usuários que buscam pelo serviço de saúde.

Para diferenciar-se do modelo de APS seletiva e focalizada em ações e serviços restritos e direcionados aos grupos específicos, no Brasil, passou-se a utilizar o termo Atenção Básica à Saúde (ABS), na tentativa de distanciar-se das práticas centradas no procedimento e no profissional médico (GIOVANELLA, ESCOREL, MENDONÇA 2009). Sendo, portanto, compreendida como primeiro nível de atenção que tem o intuito de desenvolver ações individuais e coletivas, voltadas à promoção da saúde, à prevenção de agravos, ao tratamento e à reabilitação (GIOVANELLA, et al., 2009).

Nessa perspectiva, dentre as mudanças propostas pelo SUS, o Ministério da Saúde (MS), em 1994, implanta o Programa Saúde da Família (PSF) com o objetivo de garantir saúde a todas as pessoas, através do primeiro contato com os serviços, constituindo-se no início de um processo integrado de atenção (ASSIS et al, 2007; MENDES 2011; SANTOS 2013). Além disso, o PSF implantado junto à comunidade tem a possibilidade de aproximar o serviço de saúde às pessoas, proporcionando o conhecimento da situação de saúde e acompanhando a população visando à promoção da saúde.

Porém, para que o objetivo do PSF seja de fato efetivado, Assis e outros (2007) destacam que a Atenção Básica à Saúde (ABS) deve considerar o conceito ampliado de saúde, orientando as práticas não apenas na enfermidade, mas também nos problemas de saúde da população, nos riscos e nos determinantes, oferecendo, assim, uma outra lógica de atenção.

Nesse intuito, de reorganizar os serviços de saúde, o PSF, como estratégia política, passa, então, a ser compreendido como Estratégia Saúde da Família (ESF) que tem como proposta, segundo Mendes (2011), Cavalcante e Lima (2013), Santos (2013) a reorientação das práticas de saúde voltadas para a atenção integral da comunidade, com território definido,

adscrição dos usuários, participação social, corresponsabilização e vínculo entre equipes e famílias com garantia da integralidade do cuidado.

O Ministério da Saúde (2012) reafirma a ESF como

[...] estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012, p.53).

Adota-se nesta pesquisa a denominação de ESF, apesar de considerar-se que o modelo atual funciona com objetivos restritos e ações previamente definidas, direcionadas a grupos populacionais específicos, que o difere muito do modelo integral, equânime e resolutivo, preconizado pelo SUS.

A ESF pode ser compreendida como um modelo que utiliza a organização multiprofissional para a produção da saúde, estando, por isso, descrita como uma das diretrizes operacionais do programa à integralidade da atenção, a partir de uma abordagem que estimula a intersetorialidade, bem como a participação da sociedade na gestão (ASSIS et al, 2007).

Nesse contexto, Valentim e Kruehl (2007) realçam que a ESF deveria promover a efetivação de um sistema de saúde integrado que funcionasse efetivamente como “porta de entrada” do usuário no SUS. Assim, a ESF seria responsável pela articulação com os outros níveis de atenção, contribuindo para a construção de um modelo de atenção integral, com ampliação do acesso e utilização dos serviços de saúde de forma hierarquizada, ao tempo em que, aproximaria instituições de saúde e comunidade (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003; ASSIS et. al. 2010).

Dessa forma, a inserção da ESF na comunidade além de proporcionar o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde teria o potencial de promover o reconhecimento do indivíduo como membro de uma família, de uma comunidade, com uma história própria - de vida e de saúde - que não deveria ser desconsiderada (STARFIELD, 2002; VALENTIM; KRUEL, 2007; SANTOS, 2013) na garantia do cuidado integral ao longo do tempo.

Porém, a realidade se contrapõe à teoria, pois, identifica-se ainda na realidade brasileira um processo lento de mudança, com fragmentação do sistema de atenção à saúde, embasada em uma hierarquia rígida que, por sua vez, define os diversos serviços disponíveis no sistema em níveis de baixa, média e alta complexidade (MENDES, 2011).

[...] O sistema público brasileiro de atenção à saúde organiza-se, segundo suas normativas, em atenção básica, atenção de média e de alta complexidade. Tal visão apresenta sérios problemas teóricos e operacionais. Ela fundamenta-se num conceito

de complexidade equivocado, ao estabelecer que a atenção básica à saúde seja menos complexa do que a atenção nos níveis secundário e terciário. Esse conceito distorcido de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, a uma banalização da atenção primária à saúde e a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que exigem maior densidade tecnológica e que são exercitadas nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde (MENDES, 2011, p.53).

Caberia dessa maneira, por meio da reformulação do conceito de complexidade em saúde, o reconhecimento da grande importância da ABS que, atuando como coordenadora e articuladora do sistema de saúde, tem o potencial para promover o acesso do usuário aos demais serviços de saúde, possibilitando assim, uma assistência integral comprometida com os aspectos sociais, econômicos e culturais da população e resultar na resolubilidade de grande parte das necessidades em saúde dos usuários.

Nessa direção, Starfield (2002) refere que a coordenação é um atributo da APS, pois reafirma e viabiliza o cuidado continuado com a promoção da articulação entre os diferentes pontos do sistema. Cabendo para além da coordenação, a organização de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a prevenção, promoção, tratamento e manutenção da saúde.

Para isso, a ESF teria que estabelecer uma articulação horizontal e vertical entre suas ações e serviços de saúde, constituindo-se em rede integrada de atenção, utilizando (para isso) os recursos físicos, humanos e tecnológicos existentes no sistema de saúde, com o objetivo de minimizar e resolver a grande quantidade de problemas de saúde apresentadas pelas pessoas e pela coletividade. Enfatiza-se que, para a concretização desta estratégia, concorda-se com Assis e outros (2008; 2010) para os quais se faz necessário também um efetivo sistema de referência e contrarreferência entre os serviços que visem à garantia do cuidado e a resolubilidade das necessidades dos usuários, através da responsabilização dos trabalhadores inseridos nessa estratégia.

Para exercer seu potencial coordenador do modelo de atenção, “[...] a ESF necessita incorporar em suas práticas o conceito positivo de saúde, a integralidade da atenção à saúde e a perspectiva de troca de saberes e fazeres com a comunidade a qual está vinculada” (ARAÚJO; ROCHA, 2009, p. 1440). Busca-se, enfim, segundo Campos (2003), Cunha; Campos (2011), Assis e outros (2007; 2010; 2015) e Giovanella e Mendonça (2013), que o sistema de saúde tenha condições, de forma permanente, para se aproximar mais dos indivíduos, embasado nos princípios de solidariedade e equidade, com foco nos problemas de saúde das pessoas.

A prática da atenção à saúde no contexto social dos usuários favorece aproximação com a realidade que, a seu turno, é complexa e dinâmica, possibilitando, portanto, reflexões e revisões das atitudes dos profissionais na “busca de transformação da atual forma de prestação de cuidados de saúde” (PEREIRA, 2001, p. 49). Diante disto, Araújo e Rocha (2009), destacam que a equipe saúde da família (EqSF) pode desenvolver práticas em saúde, sob a perspectiva da responsabilização e da resolubilidade, impactando a comunidade (no modo de adoecer e morrer, maneira de organização e percepção sobre a dimensão de suas necessidades), e impactando também os trabalhadores, no sentido de repensarem saberes e práticas que deem conta das reais necessidades de sua clientela e possibilitem a transição de modelos assistenciais. Ao tempo em que, promoveria a aproximação dos trabalhadores que compõem a EqSF com a comunidade, objetivando assim a criação da confiança e do fortalecimento do vínculo entre trabalhadores e usuários.

Os estudos de Starfield (2002) e Santos (2013), conceituam a responsabilização como agenciamento essencial para a execução de tais práticas. Ou seja, a responsabilização é entendida como dispositivo necessário na construção de relacionamento com o usuário.

Dessa forma, a responsabilização pode ser compreendida como “a incorporação ao ato terapêutico da valorização do outro, a preocupação com o cuidado e o respeito com a visão de mundo de cada um; é, portanto, ser cúmplice das estratégias de promoção, prevenção, cura e reabilitação dos usuários”, com estabelecimento de vínculo e corresponsabilização entre a comunidade e a equipe, cujo objetivo principal seja a prestação do cuidado integral e a promoção de respostas efetivas às demandas em saúde das pessoas (SANTOS; ASSIS 2006, p. 54).

Outros estudos, porém ressaltam que a responsabilização pode ser assumida por um trabalhador ou equipe de saúde como instrumento central que tem o potencial para possibilitar a longitudinalidade através do comprometimento e de favorecer a continuidade do cuidado (SANTOS, 2013, TEXEIRA, 2003).

Nesse sentido, estudo de Santos (2013) enfatiza que aos trabalhadores que atuam na ABS caberia acolher e identificar as necessidades dos usuários, responsabilizando-se pelo encaminhamento para outros serviços presentes no sistema, como também estabelecendo contato com outros trabalhadores destes diferentes pontos da rede, com o objetivo de complementar as informações necessárias sobre o usuário e proporcionar o cuidado continuado.

Além do que foi exposto, para que a continuidade do cuidado seja efetiva, Assis e outros (2007), Santos (2013) e Mendes (2011) destacam que é imprescindível que haja disponibilidade de oferta de serviços em resposta às diversas demandas sociais, associada ao

comprometimento da equipe e dos dirigentes por meio do percurso dos usuários em distintos pontos da rede de serviços, com garantia de acesso ao atendimento (individual e coletivo) e às tecnologias nos diferentes níveis de densidade tecnológica do sistema de saúde.

Todavia, concorda-se com Araújo e Rocha (2009) que, associado a tais ações, não se pode deixar de enfatizar a necessidade da implantação efetiva de novas configurações do trabalho em saúde, na perspectiva de atuação da equipe embasada na responsabilização. É necessário também reconhecer e assumir os problemas de saúde das pessoas e da comunidade, objetivando o rompimento da fragmentação existente no processo de trabalho em equipe, que para Mendes (2011), Silva Júnior, Alves e Mello Alves (2005) ocasionam o baixo desempenho dos serviços de saúde em resolver as necessidades da população.

Sobre esse aspecto, as práticas desenvolvidas pela equipe de saúde devem ser realizadas com articulação e integração entre os membros que a compõe, na tentativa de promover um resultado positivo das ações de saúde, que possam garantir o acesso e o acolhimento do usuário, com criação de vínculo e responsabilização pelas demandas de saúde dos indivíduos e comunidade.

Dessa forma, compreende-se que a EqSF pode transversalizar ações em saúde embasadas na responsabilização pela oferta do cuidado integral e contribuir para uma melhor qualidade dos serviços.

Diante dessa realidade, considera-se importante a realização deste estudo, tendo em vista que a pesquisa se constitui em uma oportunidade de discutir a importância da responsabilização da EqSF para a resolubilidade da atenção à saúde.

Para fundamentar a temática do estudo foi realizado levantamento de publicações *on line*, entre 2005 e 2015, na base de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), para isso, utilizou-se o termo responsabilização. Identificando-se inicialmente 348 estudos. Entre tais estudos, foram selecionados os estudos considerados relevantes para o desenvolvimento dessa pesquisa.

Nesse aspecto, foram encontrados estudos que abordam a responsabilização como dispositivo importante no processo de práticas de saúde, identificada por meio de posturas ativas dos trabalhadores para com as necessidades dos usuários, possibilitando o resgate da humanização e o respeito para com o outro, o que envolve a garantia de acesso, bem como, a responsabilização pelos problemas dos usuários (PEREIRA et al 2005, VANDERLEI; ALMEIDA 2007, COSTA; CAMBIRITA 2010, LIMA; MOREIRA; JORGE, 2013, REIS; ANDRADE; CUNHA, 2013, SANTOS et al, 2014). Outros estudos, porém, atribuem a esse dispositivo o potencial para o desenvolvimento das tecnologias leves articuladas ao desenvolvimento das práticas baseadas na dimensão cuidadora que o trabalhador e a equipe

desenvolvem no cotidiano da atenção à saúde (TEIXEIRA, 2006, REIS et al, 2007, ASSIS et al, 2007, BAIÃO et al, 2014, VECCHIA; MARTINS, 2009, FIORAMONTE et al, 2013, TESSER; NETO; CAMPOS, 2010, SANTOS; ASSIS, 2006, ALBUQUERQUE et al, 2011, AMORIM et al, 2014).

A responsabilização dos trabalhadores e da equipe de saúde também pode ser demonstrada por meio do compromisso assumido frente aos problemas do indivíduo e das famílias. Tal comprometimento pode resultar na aproximação e na corresponsabilização entre os referidos sujeitos envolvidos, visando à garantia da integralidade do cuidado, através do acompanhamento do percurso dos usuários pelos demais serviços de saúde (SCHEIBEL; FERREIRA, 2011, MARTINS, 2012, MAGANHA 2014, ARCE; SOUSA, 2013; RABELO et al, 2011; ANTONACCI et al, 2013, ARONA, 2009, MATUMOTO et al, 2005, VIEGAS et al, 2010, ASSIS et al, 2012, LOPES et al, 2014, LIMA, 2013, MULLER; BONILHA 2007, CAVINI, 2012).

No entanto, estudos destacam que mudanças efetivas e respostas positivas demandam uma revisão da clínica, no espaço micropolítico dos trabalhadores, que promova o resgate do sujeito para o centro do cuidado e que valorize a potência do encontro entre trabalhadores e usuários, por meio do compartilhamento dos saberes e práticas, considerando o processo saúde/enfermidade em toda sua complexidade (CASA NOVA; TEIXEIRA; MONTENEGRO, 2014, SANTANA, 2011, CAMURI; DIMENSTEIN 2010, PERES 2012, CUNHA; CAMPOS, 2011, FERRI et al, 2007, PUCCINI et al, 2012, PINTO et al, 2012).

Portanto, apesar das notáveis contribuições dos estudos supracitados, destaca-se que existem lacunas nos estudos, no campo de pesquisa em saúde, que abordem de maneira articulada a responsabilização assumida pelo trabalhador e pela equipe atuantes na atenção básica à saúde diante das demandas apresentadas pelos usuários do serviço. Justifica-se que o presente estudo tem a possibilidade de auxiliar na elaboração de políticas públicas de saúde e ampliar as discussões sobre a responsabilização da EqSF no espaço de produção do cuidado com resolubilidade.

Diante do exposto, a presente investigação delimita os seguintes questionamentos:

Quais são as diferentes abordagens em revisão na literatura sobre a responsabilização dos trabalhadores de saúde como dispositivo relacional e ferramenta essencial no desenvolvimento do trabalho em saúde proposta para a ABS?

Como tem sido construída a responsabilização das equipes que atuam na ESF em um município da Bahia?

2 OBJETIVOS

Para contemplar a indagação, a investigação tem como objetivos:

- Discutir as diferentes abordagens de literatura sobre a responsabilização dos trabalhadores de saúde e apresentá-las de maneira articulada a compreensão de dispositivo relacional, associada à definição de ferramenta essencial no desenvolvimento do trabalho em saúde proposta para a ABS.
- Analisar como tem sido construída a responsabilização das equipes que atuam na Estratégia Saúde da Família em um município da Bahia, em busca da resolubilidade das demandas dos usuários.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Redes de Atenção à Saúde: os desafios de um sistema integrado e resolutivo

Na consolidação do SUS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi reconhecida como um dispositivo estratégico para a inversão do modelo assistencial hegemônico no nosso país. Suas diretrizes focalizam a prevenção de enfermidades, controle de agravos e a promoção da saúde (BRASIL, 2012).

Os esforços para efetivar os princípios e diretrizes do SUS buscam romper com o modelo caracterizado por práticas biomédicas focadas em procedimentos e consultas que consideram a ABS como nível de baixa complexidade e resolubilidade limitada. Porém, os estudos realizados por Souza e Botazzo (2013); Giovanella e Mendonça (2013) consideram que a ABS deve constituir-se como captadora de boa parte dos condicionantes que afetam a saúde das pessoas, possibilitando ao serviço o reconhecimento das necessidades de saúde da população e o embasamento necessário para a elaboração de planejamentos e programas de saúde, com o objetivo de resolver a maioria dos problemas em saúde.

Nessa perspectiva, o "novo modelo" assistiria as necessidades de saúde da população, num dado território, com reorientação da demanda identificada a partir dos problemas, o que possibilitaria definir e organizar a oferta do cuidado em nível local, além da avaliação de impacto que essas mudanças teriam sobre a saúde da população (ARAÚJO; ROCHA, 2009).

Destaca-se que essas mudanças podem proporcionar à resolução de grande parte das necessidades de saúde, contudo, se faz necessário que a ABS desenvolva a articulação e a coordenação da rede assistencial. Para isso, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) traz como princípios e diretrizes

O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta [...] (BRASIL, 2012, p.20).

A ABS deve ter, então, a função de garantir ao usuário o acesso aos serviços de saúde, possibilitando segundo Souza e Botazzo (2013, p.403) a “longitudinalidade que diz respeito à regularidade da assistência prestada à comunidade, ao vínculo do usuário com a unidade e com seus profissionais e vice-versa”, independente da ausência ou da presença de enfermidade, com o objetivo maior de proporcionar a integralidade do cuidado, resolvendo

assim, “os problemas possíveis e orientando os demais para outros níveis” (SANTOS, 2013, p.38).

Porém, Mendes (2011) destaca que o enfrentamento dos problemas de saúde, predominantemente por meio de respostas discretas e não programadas, em unidades de pronto-atendimento ambulatoriais ou hospitalares, leva, inevitavelmente, ao fracasso sanitário e econômico dos sistemas de atenção à saúde, uma vez que,

[...] o descompasso entre uma situação de saúde de domínio relativo das condições crônicas com sistemas de atenção à saúde, estruturados, prioritariamente, para responder às condições agudas e aos momentos de agudização das condições crônicas de forma fragmentada, episódica e reativa, é diagnosticado como o principal problema contemporâneo dos sistemas de atenção à saúde, em todo o mundo e, também, no Brasil (MENDES, 2011, p.19).

Diante disto, é preciso reverter esse modelo de atenção por não haver coerência entre a situação de saúde da população e as respostas apresentadas pelo atual modelo de saúde. (MENDES, 2011). Nesta direção, destaca-se a necessidade de substituir as ações da atenção básica em saúde que são realizadas de forma fragmentada e episódica por uma atenção integral e contínua, voltada para o conjunto de necessidades de toda a população e não apenas de grupos específicos. Pois, essas ações poderão ser responsáveis pelo processo inovador e criativo de produção e organização dos serviços de saúde, sendo priorizadas no fortalecimento da reorganização do sistema (SOUZA; BOTAZZO, 2013).

Nesse sentido, para Valentim e Kruehl (2007) e Santos (2013) entre outros autores, a atenção básica à saúde não pode ser enfocada apenas como uma mera “porta de entrada”. Ela deve resolver de 80 a 85% da demanda de saúde da população. Dessa forma, o modelo de saúde evolui das características iniciais de programa verticalizado e seletivo para o sentido real de estratégia, com caráter substitutivo do atual modelo de assistência (ASSIS et. al. 2010; TEXEIRA, 2003, COELHO, 2012, BAIÃO et al, 2014, RABELO et al, 2011).

Giovanella, Escorel e Mendonça (2003), Assis e outros (2007), Pinheiro (2001), Ferri e outros (2007), Reis e outros (2007), Amorim e outros (2014) e Matumoto e outros (2005) defendem que é necessário a inserção da ABS num sistema organizado e integrado, com vistas a um efetivo sistema de referência e contrarreferência que garanta a resolubilidade das necessidades de seus usuários. Dessa maneira, a partir da discussão apresentada pelos autores supracitados, a resolubilidade é compreendida como a capacidade de dar solução aos problemas dos usuários de forma adequada, no local mais próximo de sua residência ou encaminhando-os pelo sistema com o objetivo de satisfazerem suas necessidades em saúde.

Para Merhy (2006), a resolubilidade na ESF não se limita a ter uma única conduta; envolve a possibilidade de usar “tudo” que se dispõe para eliminar o sofrimento e as causas reais do problema do usuário, colocando à sua disposição toda a tecnologia necessária e

disponível no sistema de saúde, desde o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, de forma integral, abordando a dimensão individual e coletiva dos problemas de saúde.

O atendimento integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da atenção à saúde, se prolonga pela qualidade da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde (MACHADO, 2007, COELHO, 2012, LIMA; MOREIRA; JORGE, 2013, SCHEIBEL; FERREIRA, 2011, ARCE; SOUSA, 2013, ANTONACCI et al 2013, ASSIS et al 2012).

Para tanto, o SUS deveria ser operado por meio de uma rede de serviços de saúde, pautada na articulação, possibilitando que “serviços e instituições alinhem informações no sentido de tornarem claras, umas as outras, a forma como se dão em seu interior os processos de trabalho, o que estão preparados a atender e propor ações conjuntas com vistas às necessidades levantadas” (SOUZA; BOTAZZO, 2013, p. 398).

Nesse sentido, Giovanella e Mendonça (2013, p. 34) sugerem a existência de um “prontuário de acompanhamento longitudinal” do paciente, onde devem constar as informações sobre os reais problemas e necessidades de saúde, a atenção ofertada e o diagnóstico adequado, auxiliando desta forma na elaboração de projetos terapêuticos individualizados e assegurando a sequência de ações com garantia da continuidade do cuidado.

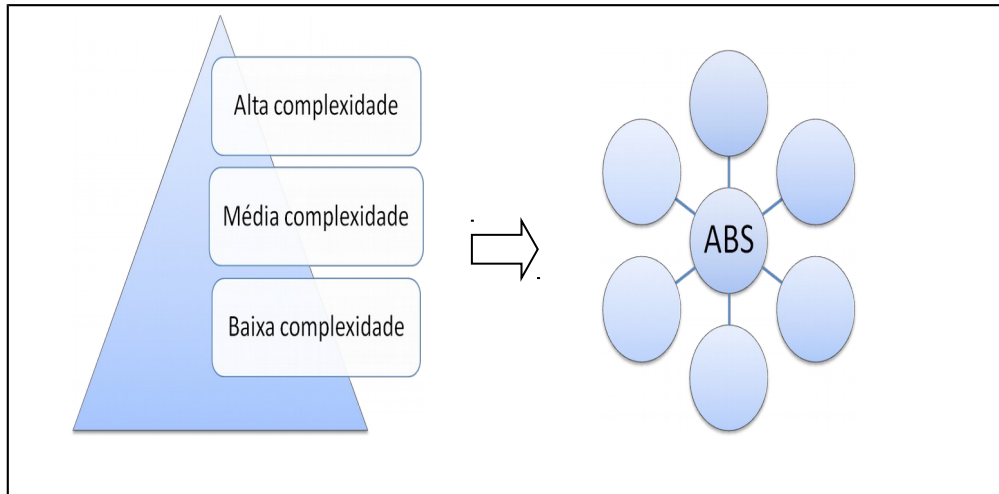
Mendes (2011) enfatiza que não há articulações suficientes entre os níveis de atenção primária, secundária e terciária à saúde, resultando assim em serviços fragmentados que não são capazes de ofertar uma atenção contínua, longitudinal e integral, funcionando, muitas vezes, com ineficiência e baixa qualidade. Sendo assim, o autor sugere que tais serviços devem ser organizados em Redes de Atenção à Saúde (RAS), “com sistemas integrados, que se propõem a prestar uma atenção à saúde no lugar certo, no tempo certo, com qualidade certa, com o custo certo e com responsabilização sanitária e econômica por uma população adscrita” (MENDES, 2011, p.20).

As RAS são vistas como propostas para administrar políticas e projetos em que os recursos são escassos e os problemas complexos. Estas se organizam por meio da articulação de agentes públicos e privados, centrais, regionais e locais, e por uma crescente demanda por benefícios e por participação cidadã (FLEURY; OUVENEY, 2007).

Nesse contexto, as RAS podem ser compreendidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico e de gestão buscam garantir práticas integrais (BRASIL, 2010).

A partir do que foi explicitado, Mendes (2011), na tentativa de expressar que a concepção hierárquica e piramidal dos serviços deve ser substituída, desenhou um modelo de

como deveria funcionar as RAS, em que, respeitando-se as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes poliárquicas e horizontais.



Fonte: (Mendes, 2011. p.84)

Dessa maneira, através da RAS, as ações entre os diversos serviços com distintos níveis de densidade tecnológica deveriam, a partir da ABS, ser articuladas e coordenadas, tendo o usuário no centro da atenção, na tentativa de oferecer respostas efetivas às demandas dos usuários. Para isso, seria necessário, por meio da responsabilização, garantir a continuidade do cuidado, independente do recurso necessário para a resolução do seu problema de saúde.

Por conseguinte, as RAS podem se constituir em potências para o estabelecimento de vínculo e corresponsabilização entre dirigentes, equipe, usuários, famílias e grupos sociais, para melhoria das condições de vida, promoção da saúde e processos de prevenção de adoecimentos (ASSIS, 2011). Segundo Souza e Botazzo (2013, p. 407) constitui uma “tarefa difícil essa de dar conta de tamanha complexidade, por isso a rede, interligada, se faz necessária. Espera-se da rede que contenha inúmeros serviços e equipamentos, em contato, para que possam auxiliar trabalhadores e usuários na busca pela satisfação das necessidades”.

Assim, a resolubilidade envolve aspectos relacionados à organização da rede de atenção, à conduta profissional e a relação equipe de saúde e usuário. E, nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) precisa estar inserida num sistema organizado de forma integrada e resolutiva, uma vez que se busca não apenas o acesso e sua ampliação, mas também a reorganização da prática da atenção à saúde, a substituição do modelo vigente, levando a saúde para mais perto das famílias com a perspectiva de melhoria da qualidade de vida dos cidadãos brasileiros.

No cotidiano das práticas, entretanto, desafios precisam ser superados para que as necessidades de saúde, que exigem ações individuais e coletivas, tenham sido dimensionadas para melhor planejar a atenção (PAIM, 2006). A ABS necessita de maior poder de resposta, por meio da incorporação de tecnologias e relação eficiente com as especialidades, que seja capaz de interferir nos serviços de saúde e de se articular com os serviços de urgência, especialidades, entre outros (GOTTEMS; PIRES, 2009, COSTA; CAMBIRITA, 2010, BAIÃO et al, 2014, SANTOS; ASSIS, 2006, AMORIM et al, 2014, MARTINS, 2012, VIEGAS et al, 2010). Por fim, é necessário esforço conjunto e contínuo no intuito de promover e efetivar as ações da ABS, rompendo para isso com o conceito de baixa resolubilidade dos problemas do indivíduo e da comunidade.

3.2 Responsabilização das equipes na Estratégia Saúde da Família

A criação do SUS possibilitou que alguns programas e serviços elaborados fossem direcionados a populações específicas com o intuito de minimizar os problemas de saúde existentes. Ações e intervenções no campo da vigilância à saúde e a produção de cuidados deveriam ser realizadas inicialmente na atenção básica, facilitando o acesso aos demais serviços do sistema, quando houver necessidade.

Nesse sentido, foi desenvolvido o PSF, atual ESF, que através da atenção básica se configura como um locus estratégico para que a população tenha acesso aos serviços de saúde, atendendo ao princípio da integralidade. Além dos objetivos iniciais, a presença da ESF junto à população é apresentada institucionalmente pela Portaria nº1886/GM/MS, de 18/12/1997, como alternativa para reorganização de modelo. Nela, o trabalho em equipe está proposto como uma das principais estratégias para a mudança do atual modelo de atenção em saúde (SANTOS et. al, 2007, ASSIS et. al, 2007, MARTINS, 2012, MAGANHA, 2014, CASA NOVA; TEXEIRA; MONTENEGRO, 2014, OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Para isso, o Ministério da Saúde preconiza que a ESF deve apresentar

[...] uma equipe composta minimamente por um médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição (BRASIL, 2012. p. 57).

Nessa perspectiva, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), atualizada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, define as atribuições comuns aos profissionais

que atuam na atenção básica. Em síntese, a equipe que atua na atenção básica tem a função de desenvolver ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de agravos com prestação de cuidados específicos ao indivíduo e à comunidade na qual está inserido. Ressaltando que as ações da equipe devem possibilitar também o reconhecimento da saúde como direito de cidadania, a identificação dos determinantes sociais no processo de saúde, que, por sua vez, auxilia na elaboração do diagnóstico da área de atuação, o reconhecimento da família como foco principal da assistência à saúde, a satisfação do usuário por meio do relacionamento desenvolvido com a equipe e, por fim, a organização dos usuários à participação social na gestão do sistema de saúde local (FORTUNA et al, 2005; PEREIRA, 2001).

Para tanto, o trabalho de equipe em saúde deve ser compreendido “como uma rede de relações entre pessoas, rede de relações de poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, onde é possível identificar processos grupais. Trabalhar em equipe equivale a se relacionar” (FORTUNA et al, 1999, p.4). O que possibilita o desenvolvimento de ações cuidadoras mais próximas aos usuários, dentro do contexto social das pessoas (ASSIS, et. al, 2010; PEREIRA, 2001).

Dessa forma, o trabalho em equipe caracteriza-se pela relação recíproca, de mão dupla, entre trabalho e interação, visto que a comunicação entre profissionais faz parte do exercício cotidiano de trabalho e lhes permite articular as inúmeras ações executadas na equipe, no serviço e na rede de atenção (PEDUZZI, 2001, 2007). Para a autora, a execução das práticas, quando realizadas em equipe, rompe com a fragmentação da assistência e proporciona a tão idealizada articulação e integração das ações de saúde.

Na execução cotidiana dos serviços de saúde, as relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários podem proporcionar o direcionamento das práticas de saúde e das reações terapêuticas na produção do cuidado integral. Para Ayres (2004), a organização das práticas de saúde e das relações terapêuticas na produção do cuidado, com ênfase nas tecnologias relacionais, possibilita a forma efetiva e criativa de manifestação da subjetividade do outro.

Nesse sentido, Giovanella e Mendonça (2013), Coêlho (2012), Lima, Moreira e Jorge (2013), Baião e outros (2014), Amorim e outros (2014), Scheiber e Hecker (2011), Maganha (2014), Arce e Sousa (2013), Antonacci e outros (2013) e Arona (2009) entendem que o processo de trabalho em saúde deve ser realizado com ações em saúde comprometidas com o princípio de integralidade, e embasadas no reconhecimento pela equipe de saúde das diversas necessidades da comunidade, levando em consideração os aspectos orgânicos, subjetivos e sociais da saúde.

Durante a realização dos vários momentos do trabalho em saúde, as relações entre os próprios trabalhadores e entre trabalhadores e usuários são estabelecidas. Neste momento, um espaço intercessor é criado onde há um encontro do agente produtor e suas ferramentas com o agente consumidor, tornando-o, em parte, objeto de ação daquele produtor, mas sem deixar de ser também um agente, que em ato, expressa seus conhecimentos e representações, refletidos no modo de sentir e definir suas necessidades de saúde (MERHY, 1997).

Concorda-se com Franco e Merhy (2006), ao discutir os conceitos de tecnologias materiais e não-materiais, definidos por Gonçalves (1994), de que, para além do campo dos instrumentos e do conhecimento técnico, há o campo das relações, fundamental para a produção do cuidado em saúde que deve estar embasado em práticas fundamentadas no acolhimento, no diálogo, no vínculo, na responsabilização e na escuta ativa entre profissional e usuário dos serviços de saúde.

O cuidado com responsabilização da equipe multiprofissional pode ser compreendido pela atuação interdisciplinar, que pode ser interpretada por meio de práticas de saúde que buscam resolver as necessidades dos usuários com dispositivos que vão além da execução de conhecimentos técnicos, cientificamente embasados, mas que também se apropriam do campo subjetivo, “com intensa utilização de tecnologias leves” (PEREIRA, 2001, p.37), marcados pela capacidade de ouvir o que o outro tem a dizer, de se aproximar de seu contexto, de enxergá-lo em sua totalidade.

Desse modo,

[...] quando o cientista e/ou profissional da saúde não pode prescindir da ausculta do que o outro (...) deseja como modo de vida e como, para atingir esse fim, pode lançar mão do que está disponível (saberes técnicos inclusive, mas não só, pois há também os saberes populares, as convicções e valores pessoais, a religião etc.), então de fato já não há mais objetos apenas, mas sujeitos e seus objetos. Aí a ação assistencial reveste-se efetivamente do caráter de cuidado (AYRES, 2004, p.86).

Pode-se constatar que além dos princípios constitucionais - de universalidade, integralidade e equidade -, o modelo proposto para o cuidado em Saúde da Família dirigido ao indivíduo e aos grupos da comunidade deve abranger práticas que utilizem as tecnologias relacionais representadas pelos atos de fala, escuta, vínculo e negociação (GOMES, PINHEIRO 2005; TAKEMOTO; SILVA, 2007, COELHO, 2012, FERRI et al, 2007, TEXEIRA, 2006, REIS et al, 2007, ASSIS et al, 2007, VECCHIA; MARTINS, 2009, SANTOS; ASSIS, 2006, AMORIM et al, 2014.).

Ao potencializar a relação entre sujeitos, o processo relacional incorpora estratégias de aproximação e efetivação de uma prática resolutiva e voltada para o modo de vida do usuário (JORGE et al, 2011, LIMA; MOREIRA; JORGE, 2013, TEXEIRA, 2006). Dentre os diversos instrumentos utilizados no trabalho em saúde, esses autores destacam a vinculação como uma

ferramenta eficaz na horizontalização e democratização das práticas em saúde, pois favorece a negociação entre os sujeitos envolvidos.

Compreende-se então, embasado nesses autores, que a criação o do vínculo e a responsabilização profissional são geradas a partir do modo de organização das práticas e funcionamento dos serviços de saúde, onde há o comprometimento da equipe multiprofissional, na busca pela resolução das necessidades e pela garantia de acesso dos usuários às tecnologias necessárias para resolver seus problemas de saúde.

Para tanto, o serviço de saúde deve

[...] se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção (BRASIL, 2012, p.20).

A responsabilização quando expressa nas ações de equipe de saúde tende a aumentar a resolubilidade dos serviços e a qualidade da atenção à saúde, podendo evitar omissões ou duplicações de cuidados, evitar esperas e adiamentos desnecessários, ampliar e melhorar a comunicação entre os profissionais, bem como o reconhecimento das contribuições específicas de cada área e de suas fronteiras sobrepostas, com a flexibilização dos papéis profissionais (PEDUZZI, 2013).

Nessa perspectiva, a atuação da EqSF consiste também em dispor e mobilizar o conhecimento sobre a forma de saberes profissionais, com o objetivo de ampliar as possibilidades de acesso com integralidade e resolubilidade aos diversos serviços oferecidos pelo sistema de saúde. Para Ayres (2009), a resolubilidade vai muito além do êxito técnico que o profissional de saúde possa conseguir, ela envolve, simultaneamente, um sucesso prático, ou seja, a resposta adequada àquilo que os usuários e as comunidades entendem que deve ser a vida e a saúde no seu contexto.

Porém, o que ainda identifica-se nos serviços de saúde são práticas reduzidas às técnicas, focalizadas nos procedimentos, exames e consultas que banalizam e subestimam a subjetividade do outro. Destaca-se que urge a necessidade da mudança de tais práticas para que o cuidado seja realizado de forma integral. Para isso, Pereira (2001, p.231) enfatiza que é preciso “construir uma concepção do trabalho em saúde onde a sensibilização pelas dificuldades e sofrimentos do outro seja um dos aspectos relevante para a equipe de saúde”. Dessa forma, reforça-se que o objeto de ação de saúde pode se dá em um processo individual

ou coletivo, mas que deve visar alterar a lógica do sofrimento, representada como problema de saúde pelo usuário ou comunidade.

Para Assis e outros, (2010, p. 54) “a mudança das práticas não acontece de maneira isolada do trabalhador, visto que este precisaria de suporte consistente para desenvolver suas ações criativas”. Entretanto, além do estabelecimento da responsabilização pelo acolhimento e vínculo é preciso desenvolver práticas com o intuito de garantir o atendimento em todos os níveis de atenção do sistema, assegurando, assim, uma resposta efetiva aos problemas de saúde das pessoas (AMORIM et al, 2014, SCHEIBER; HECKER, 2011, MARTINS, 2012, ANTONACCI et al, 2013, VIEGAS et al, 2010).

Todavia, para tanto, é importante enfatizar que é necessário - além das condições ideais de trabalho - reduzir ao máximo possível as dificuldades que são operadas no dia a dia do trabalho em saúde. Baraldi e Car (2006) referem que, o trabalho precário resulta das relações instáveis e informais de trabalho que provocam a rotatividade elevada e a ausência de benefícios ou salários indiretos, bem como a insegurança do vínculo, baixos salários, largas jornadas de trabalho, entre outros.

Salienta-se o quanto é imprescindível a valorização e reconhecimento do profissional de saúde como peça fundamental de transformação no trabalho em saúde, com investimento em educação permanente, progressão de carreira e salários para que o profissional envolvido na atenção sinta-se estimulado e sensibilizado a tornar-se responsável em provocar mudanças na realidade em que sua equipe está inserida, pois estas ações quando articuladas e condizentes com o contexto da população, podem gerar mudanças significativas na estrutura do modelo atual de saúde.

Por isso, mais uma vez, destaca-se a urgência em romper com o modelo de atenção atual, porém esta inversão constitui-se em tarefa de difícil execução, pois, estabelece um processo de mudança que envolve uma política de formação articulada com a prática. Trata-se, portanto, de projetos coletivos, integrados aos cuidados de saúde, em que trabalhadores, gestores e usuários devam ser corresponsáveis no fazer saúde, cotidianamente (ASSIS et al, 2010, MAGANHA, 2014, ARCE, SOUSA, 2013, ARONA, 2009, MATUMOTO et al, 2005, ASSIS et al, 2012, LOPES et al, 2014, MULLER; BONILHA, 2007, CAVINI, 2012).

Enfim, ressalta-se a necessidade de discussões a respeito do comprometimento da equipe, da responsabilização e interação dos gestores, trabalhadores e usuários, na busca da organização das práticas do cuidado e, conseqüentemente, das ações realizadas nos diversos serviços do sistema de saúde.

4 METODOLOGIA

4.1 Natureza do estudo

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa com pesquisa de campo e estudo bibliográfico, vez que esse tipo de abordagem incorpora a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e as estruturas [...] como construções humanas significativas (MINAYO, 2010, p.21).

Ressalta-se que, a abordagem qualitativa está envolvida com aspectos muito próprios, particulares, já que esse tipo de pesquisa ocupa-se com os pontos de vista subjetivos, pontos estes que não podem e não deveriam ser quantificados (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2007).

Dessa forma, a escolha por esse tipo de estudo permitiu uma análise da construção do SUS no processo de responsabilização das EqSF, envolvidas na resolubilidade da atenção nos serviços de saúde, que requer análise da situação, de forma contextualizada e reflexiva.

4.2 Cenário de estudo

O município de Feira de Santana possui área de 1.338 km², está inserido em um grande entroncamento rodoviário que liga o Sudeste ao Nordeste e Norte do país, e encontra-se situado no Polígono das Secas. Está em direção Noroeste da Capital do Estado, que dista 109 km, 80 km do CIA e do Porto de Aratu e 70 km do Pólo Petroquímico de Camaçari (FEIRA DE SANTANA 2014).

Feira de Santana é o 2^a maior município do Estado da Bahia com população estimada de 603.139 habitantes (DATASUS/2014), com densidade demográfica de 416,03 hab/Km² (IBGE, 2012).

A referida cidade faz limites ao Norte com o município de Santa Bárbara, Candéal e Tanquinho; ao Sul, com São Gonçalo dos Campos e Antônio Cardoso; a Leste com Santanópolis, Coração de Maria e Conceição do Jacuípe e a oeste limita-se com Ipecaetá, Anguera e Serra Preta. Possui clima seco a sub-úmido e semiárido, com temperatura média anual de 23,5°C. O período chuvoso é de abril a junho, com pluviosidade anual média de 867 milímetros, com risco de seca média e alta (FEIRA DE SANTANA, 2014).

No que se refere à economia, o município responde pela segunda economia do Estado da Bahia, com amplitude de vínculos econômicos e relações de transações comerciais de um complexo de regiões, já que sua economia diversificada - agropecuária, comércio, indústria e

de serviços de apoio urbano, assumindo uma posição de centro distribuidor da produção regional e Pólo de negócios e atividades dinâmicas (FEIRA DE SANTANA, 2014).

O perfil epidemiológico não difere muito da maioria dos municípios do Norte/Nordeste brasileiro, onde convivem doenças ditas da pobreza, como as infecto-parasitárias, as crônico-degenerativas e as ligadas à modernidade, como as de causas externas.

Atualmente possui uma rede de serviços composta por 90 (noventa) EqSF, com 84 (oitenta e quatro) Unidades de Saúde da Família (USF), 15 (quinze) Unidades Básicas de Saúde (UBS), 06 (seis) Policlínicas localizadas estrategicamente para atender a média complexidade e os agendamentos das USF e UBS, com atendimento 24 horas por dia (FEIRA DE SANTANA, 2013).

A atenção à saúde disponibilizada na ABS envolve também outros pontos da rede, tais como: Melhor em Casa, regulamentado pela Portaria nº 963, 27/05/2013, que constitui uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, oferecida no domicílio e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada às Redes de Atenção à Saúde; Consultório na Rua, instituído pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2011, e visa ampliar o acesso da população de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional que se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados; Academia de Saúde que é constituída por espaço físico dotado de equipamentos, estrutura e profissionais qualificados, com o objetivo de contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população; Programa Saúde na Escola (PSE) que visa à integração e articulação permanente da educação e da saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida dos educandos; e, por fim, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criados pelo Ministério da Saúde no ano de 2008, com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolubilidade e a abrangência das ações (BRASIL, 2012).

O município de Feira de Santana também oferece atenção de média e alta densidade tecnológica. A proporção de cobertura populacional estimada na ESF, em dezembro de 2010, foi de 47,81%, enquanto no mês de dezembro de 2013 este percentual subiu para 52,23% (BRASIL, 2013b).

Esse município foi habilitado na Gestão Plena do Sistema de Saúde desde março de 2004, segundo a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS SUS 01-2002) e conforme Portaria Ministerial de nº 352, de 09 de março 2004, sendo reafirmado após a

homologação do Termo de Compromisso da Gestão Municipal do Pacto pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão pelo Ministério da Saúde (FEIRA DE SANTANA, 2014).

Este município foi escolhido como cenário de investigação por sua importância estratégica, referência regional para os municípios da Região do Semiárido Baiano, com ofertas de serviços em todos os níveis de densidade tecnológica, tanto na rede pública de saúde, quanto na atenção suplementar. O estudo sobre a responsabilização das EqSF e os desafios da resolubilidade da atenção foi desenvolvido em sete USF, que foram escolhidas por meio dos seguintes critérios: representação de todas as regiões da cidade, equipe de saúde da família completa, integrada por agentes comunitários de saúde, auxiliares de saúde bucal, odontólogos, enfermeiros, médicos, recepcionistas e técnicos de enfermagem, e trabalhadores que atuavam há mais de 6 meses na USF.

4.3 Participantes do estudo

Como pesquisa qualitativa, o critério numérico não é critério para estabelecer a quantidade de participantes no estudo, mas o aprofundamento e a abrangência da compreensão dos vários setores sociais (grupo, organização, política ou representação) que darão conta de contemplar os sujeitos pesquisados (MINAYO, 2010).

Utilizou-se a amostragem por saturação teórica que possibilita estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Assim, para os autores, as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido. Estas novas informações “[...] não mais contribuiriam significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados” (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008, p.1)

Organizaram-se em grupos tais participantes, utilizando-se como critério de seleção a amostragem intencional para os grupos I e III e como critério para o grupo II a amostragem aleatória, como descritos a seguir:

Os participantes da pesquisa foram assim organizados: Grupo I- trabalhadores de saúde (22), quais sejam, agentes comunitários de saúde, auxiliares de saúde bucal, odontólogos, enfermeiros, médicos, recepcionistas e técnicos de enfermagem, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, sujeitos que desenvolvem suas práticas de saúde no território social da ESF; Grupo II- usuários (13), por utilizarem frequentemente os serviços prestados pela ESF, como procedimentos, consultas individuais, atividades coletivas, entre outros; e Grupo III- dirigentes da ABS (09), como o (a) coordenador (a) e apoiadoras institucionais da

Atenção Básica de Saúde, por atuarem na elaboração de políticas públicas de saúde e por conhecerem as condições de saúde local das unidades pesquisadas, totalizando 44 (quarenta e quatro) entrevistados.

Utilizou-se como critério de inclusão para os usuários todas as pessoas que utilizavam os serviços da USF, que residissem na área de abrangência da unidade e que estavam presentes na unidade no momento das entrevistas e observações, ao passo que o critério para inclusão dos trabalhadores de saúde e dirigentes foi o tempo mínimo de seis meses de atuação na ESF ou no cargo.

A seu turno, os critérios de exclusão foram os seguintes: para os trabalhadores de saúde e dirigentes que tivessem menos de seis meses de atuação na ESF ou no cargo e para os usuários que não residem na área de abrangência da USF pesquisada.

4.4 Fontes de dados

Para o estudo bibliográfico, parte da presente Dissertação, realizou-se um levantamento de publicações *on line*, entre 2005 e 2015 na base de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizou-se para isso o termo responsabilização. Identificando-se inicialmente 348 (trezentos e quarenta e oito) estudos que se constituem em artigos completos, publicados em periódicos, indexados, dissertações e teses. Para refinar a busca foram selecionados os filtros: texto completo, idioma português, publicados nos últimos 10 anos. Após esse refinamento, foram encontrados 200 (duzentos) estudos. Entre tais estudos, foram excluídos os que eram duplicados e os que não abordavam a responsabilização relacionada à atenção à saúde. Assim, foram selecionados 38 (trinta e oito) estudos considerados relevantes para o desenvolvimento desse estudo.

A análise compreendeu uma etapa de levantamento dos estudos e, após essa etapa, realizou-se a organização do material com leitura flutuante e posterior leitura exaustiva para identificar as estruturas relevantes dos estudos, apresentadas adiante em forma de artigo, na análise e discussão dos resultados.

4.5 Técnicas de coleta de dados

A coleta de dados dessa pesquisa foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Estadual de Feira de Santana, com o parecer nº 739.667 (CAAE

31670414.0.0000.0053) e devida autorização da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município estudado.

Antecedendo também ao momento de coleta de dados, foram realizadas reuniões com todos os pesquisadores do NUPISC, sob a coordenação da Prof^a Dr^a Marluce Maria Araújo Assis, para a definição de quais instrumentos seriam utilizados nesse estudo e, após essa definição, foram elaborados os roteiros de tais instrumentos que seriam posteriormente utilizados para a concretização da pesquisa.

Foram definidos como instrumentos para a coleta a entrevista semiestruturada, por permitir ao entrevistado dissertar sobre o tema abordado sem se prender formalmente a pergunta inicial (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2007), e a observação sistemática, por possibilitar a compreensão de situações ou fenômenos que não são obtidos através da entrevista (MINAYO, 2010). Tais observações foram realizadas nas unidades cujas equipes foram entrevistadas, seguindo-se um roteiro orientador, que se encontram nos anexos A, B, C e D. Essa técnica permitiu a obtenção de dados da realidade dos sujeitos em seus próprios contextos, a organização do fluxo do atendimento na ESF e a responsabilização assumida pelo trabalhador ou equipe da saúde.

Para Marconi e Lakatos (2009), durante a observação o pesquisador precisa ser objetivo e saber o que procura e o que deve ser dado importância no cenário observado, mas necessita evitar rigidez excessiva, reconhecer possíveis erros e eliminar sua influência no que vê, ouve e recolhe.

Destaca-se que tais instrumentos foram testados previamente com vistas à adequação do roteiro anteriormente formulado, antes da coleta propriamente dos dados. A testagem foi organizada em dois momentos: 1) definiu-se entrevistados representantes dos grupos I, II e III em localidades que não fizeram parte do estudo (um representante por grupo de entrevistados); 2) realizou-se uma oficina de trabalho em que os instrumentos de coleta e as respostas encontradas no momento anterior foram apresentados para um grupo de *expertise* na área de conhecimento e com experiência reconhecida de pesquisa qualitativa. Fizeram parte deste momento 12 pessoas, que discutiram e recomendaram sugestões que foram incorporadas, consistindo na validação dos instrumentos. Após, iniciou-se a coleta de dados propriamente dita.

Nas USF pesquisadas, antecedendo o momento da coleta de dados, eram apresentados, a toda equipe, a autorização dada pela Secretaria Municipal de Saúde para a realização de tal estudo nas unidades, os pesquisadores que iriam realizar as entrevistas e as observações, sendo que nesse momento o tema da pesquisa e o intuito da mesma também eram expostos.

As entrevistas com os trabalhadores e dirigentes foram agendadas pessoalmente e por contato telefônico, destacando-se que todas as entrevistas realizadas com os dirigentes foram realizadas na SMS. Os usuários foram aleatoriamente convidados a participar da pesquisa, no momento da observação.

Frise-se que, antes da realização das entrevistas, os possíveis participantes eram convidados a ler o documento e, caso consentissem, eram solicitados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), além de receberem uma cópia do mesmo.

Registre-se que todas as coletas de dados foram realizadas pela equipe de pesquisadores do NUPISC.

Durante as entrevistas semiestruturadas os participantes puderam discorrer livremente sobre a temática em questão, podendo o pesquisador interrompê-los para maior esclarecimento ou aprofundamento da questão, com o propósito de orientar os relatos dos entrevistados e, desta forma, permitiram que o recorte temático da pesquisa fosse contemplado (ASSIS, 2011).

Essas entrevistas foram gravadas, após autorização dos depoentes, e realizadas em locais reservados no intuito de favorecer privacidade aos mesmos.

4.6 Análise de dados

As entrevistas realizadas foram inicialmente organizadas em um banco de dados e, após essa etapa, foram transcritas e novamente organizadas em um banco de dados.

Para orientar a análise das entrevistas, realizaram-se 06 (seis) reuniões e duas oficinas com os pesquisadores do NUPISC, coordenadas pela Prof^a Dr^a Marluce Maria Araújo Assis, com o objetivo de facilitar a compreensão dos pesquisadores sobre as técnicas e as etapas necessárias para realizar a análise desse material.

Nestas oficinas, foi feito o cotejo do material por meio da Análise de Conteúdo Temática, inspirada em Minayo (2010, p. 308), partindo “de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material”.

Para facilitar a organização e a análise dos dados, tomou-se como referência a análise temática que consiste em descobrir os núcleos de sentido da comunicação, cuja ausência ou presença signifiquem algo ao objeto de estudo, conforme sinalizam Minayo (2010) e Assis e Jorge (2010).

A análise desses dados foi organizada em três fases, a primeira realizou-se a pré-análise que consistiu na organização do material, na transcrição das entrevistas gravadas e na

leitura flutuante de cada entrevista, objetivando a impregnação do conteúdo do material empírico. Na constituição do *corpus* se verificou se o material contemplava os critérios de exaustividade (todos os aspectos do roteiro), representatividade (características principais do universo pretendido), homogeneidade (escolha criteriosa dos temas tratados), pertinência (escolha os documentos que ofereçam respostas às perguntas do estudo) e a retomada dos objetivos com possibilidade de novas interpretações. Após essa etapa, foram realizadas síntese verticais de cada unidade de análise, obtendo uma visão global do conjunto de entrevistas (ASSIS; JORGE, 2010).

A segunda fase, da exploração do material, consistiu-se na categorização “que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo das falas foi organizado” (MINAYO, 2010, p.317). Inicialmente, identificaram-se as estruturas de relevância em relação ao objeto em estudo e, em seguida, realizou-se a síntese horizontal por grupo entrevistado, demarcando os Núcleos dos Sentidos tais como: Planejamento das ações, Sistema de Atendimento na USF, Cuidar da Enfermagem e sua relação com outras práticas e, por fim, Responsabilização da equipe que atua na USF. Para melhor apreensão da essência do conteúdo, foram elaborados quadros de análise para os grupos entrevistados. Ao final desse momento, realizaram-se sínteses de cada grupo, identificando os conteúdos convergentes, complementares e divergentes, sendo essas sínteses avaliadas e discutidas em oficina, juntamente com a equipe de pesquisadores do NUPISC.

Iniciou-se a última fase, de tratamento dos resultados obtidos, na qual “o analista propõe inferências e realiza interpretações, interrelacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material” (MINAYO, 2010, p.318). Nesta última fase, os resultados obtidos ganharam significado e houve a formação de categorias temáticas que emergiram dos discursos. Por fim, as informações obtidas por meio das observações sistemáticas e das sínteses da análise das entrevistas foram traduzidas em um fluxograma, inspirado no fluxograma analisador de Merhy (2006), que permite analisar o caminho percorrido pelo usuário nas unidades de saúde da família na busca pela satisfação de suas necessidades de saúde.

4.7 Aspectos éticos do estudo

A Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, determina as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos. Em obediência a esta Resolução, a presente pesquisa tomou as devidas precauções para que todos os direitos dos

sujeitos do estudo fossem respeitados, destacando que a coleta de dados do projeto supracitado só foi realizada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEFS.

Para a realização das coletas, foi enviado ofício à Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana solicitando autorização para a realização da pesquisa nos campos empíricos. Após obtenção da autorização, realizou-se levantamento das USF que possuíam equipes completas (com equipe de saúde bucal), com posterior seleção das unidades.

Todos os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa foram convidados a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (ANEXO E) de fácil compreensão para os diferentes participantes da pesquisa, esclarecendo que a qualquer momento eles poderiam desistir de participar da pesquisa. Atendendo a citada Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012) os participantes foram informados dos objetivos, métodos, benefícios previstos, possíveis riscos e incômodos causados pela pesquisa os quais poderiam se manifestar, de imediato ou tardiamente, comprometendo o indivíduo ou a coletividade.

Os possíveis riscos foram relacionados ao desconforto devido ao aparecimento de eventuais conflitos de opiniões ou, ainda, pelos usuários e trabalhadores de saúde que estavam sendo observados e fiscalizados. Vale ressaltar que a participação dos entrevistados foi de maneira voluntária e sigilosa, mantendo-se o anonimato dos envolvidos.

As entrevistas foram gravadas, na íntegra, em aparelho gravador, com autorização prévia dos entrevistados, e foram posteriormente transcritas pelos pesquisadores. Após o término de cada entrevista foi dado aos entrevistados o direito, caso quisessem, de ouvir a gravação e retirar ou acrescentar alguma observação referente ao relato.

Todo material coletado foi organizado em bancos de dados e permanecerão guardados por cinco anos em mídia digital no NUPISC, na UEFS. As anotações oriundas das observações sistemáticas das mesmas também serão armazenadas e, após o período estipulado, todo o material empírico será destruído.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados dessa pesquisa serão analisados e discutidos a seguir em forma de artigos científicos, conforme as normas dos periódicos escolhidos; o primeiro artigo discute as diferentes abordagens sobre a responsabilização e apresentá-las de maneira articulada a compreensão de dispositivo relacional, associada à definição de ferramenta essencial no desenvolvimento do trabalho em saúde proposta para a Atenção Básica à Saúde (ABS); e o segundo analisa como tem sido construída a responsabilização das equipes que atuam na Estratégia Saúde da Família em um município da Bahia, em busca da resolubilidade das demandas dos usuários.

5.1 Responsabilização como dispositivo relacional e ferramenta necessária à prática do trabalhador da Atenção Básica em Saúde¹.

Accountability as relational device and necessary tool to the practice of the Primary Health Care worker.

Minéia Araújo Carneiro Bastos, Marluce Maria Araújo Assis

RESUMO: O presente estudo tem como objetivo discutir as diferentes abordagens sobre a responsabilização e apresentá-las de maneira articulada a compreensão de dispositivo relacional, associada à definição de ferramenta essencial no desenvolvimento do trabalho em saúde proposta para a Atenção Básica à Saúde (ABS). Para tanto, realizou-se uma revisão teórica com análise qualitativa dos dados, de publicações *on line*, entre 2005 e 2015, nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, a partir do argumento de busca "responsabilização". Dos 348 estudos selecionados, 38 estabeleciam relações com o objeto em discussão. Os dados revelam que, a responsabilização pode ser construída desde o primeiro contato do usuário com o serviço, com potencial de ampliar as práticas mais responsivas entre trabalhadores e usuários. Conclui-

¹ As normas de formatação do presente artigo obedecem às instruções para autores da Revista Ciência e Saúde Coletiva.

se, portanto, que a responsabilização pode ser considerada um dispositivo e /ou uma ferramenta importante para o alcance do cuidado integral na ABS.

PALAVRAS-CHAVE: Responsabilização, Dispositivo, Ferramenta, Atenção Básica à Saúde, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT: This study aims to discuss the different approaches on accountability and present them in an articulated way understanding relational device associated with the definition of essential tool in the development of health work proposed for the Primary Health Care (ABS). Therefore, we carried out a literature review with qualitative data analysis of online publishing dated between 2005 and 2015, from Virtual Health Library databases and the Higher Education Personnel Improvement Coordination by searching the word "accountability". Out of 348 studies selected, 38 had established relations to the object under discussion. The data reveal that accountability can be built from the user's first contact with the service, with potential to expand more responsive practices between workers and users. Thus, one may conclude that the accountability can be considered a device and/or an important tool to achieve the ABS comprehensive care.

KEYWORDS: Accountability, device, tool, Primary Health Care, Health System.

INTRODUÇÃO

No contexto da Atenção Básica de Saúde (ABS), a responsabilização pela atenção à saúde deve ser assumida pelas equipes de saúde da família (EqSF), por meio da promoção de práticas cuidadoras¹ e reorientadoras^{2,3,4} no primeiro nível de contato, com a possibilidade de ofertar o cuidado integral, embasado nos princípios de universalidade e integralidade que garantam os direitos às pessoas.

O serviço de saúde⁵ deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer respostas positivas, capazes de resolver grande parte dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos.

Para tanto, o desenvolvimento dessas práticas depende do encontro trabalhador – usuário⁶, pois o trabalhador de saúde deve ter a capacidade de compreender, interferir e responsabilizar-se pelos problemas dos indivíduos, valorizando as singularidades⁷ de cada um.

Estudos^{6,8} destacam que essas práticas devem está associadas ao uso das diversas tecnologias. Contudo, tais estudos enfatizam que deve prevalecer o uso da tecnologia que é constituída pelos dispositivos relacionais, reconhecendo o usuário como centro do cuidado. Para o presente estudo, utiliza-se o termo dispositivo, que segundo o estudo⁹ o que se contrapõe às estruturas funcionais e ao poder hegemônico. No entanto, outro estudo destaca a utilização da boa comunicação⁸ como ferramenta utilizada durante a execução do conhecimento técnico que quando articulada a outras tecnologias presentes nos processos do cuidado proporciona a troca de experiências com o intuito de obter uma visão integral das pessoas, o que possibilita a implementação de melhores estratégias de ação nas áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Todavia, prevalece ainda um processo de trabalho em saúde que desconhece o sujeito pleno que tem uma história de vida, problemas de saúde e, portanto, que representam subjetividades determinantes do processo saúde-enfermidade.

Entre trabalhadores e usuários há ainda o consenso de que a qualidade da assistência depende de exames, consultas especializadas e medicamentos. Por isso, organizar os serviços de saúde, colocando o usuário e suas necessidades no centro da atenção é questão a ser enfrentada para a mudança e melhoria dos serviços de saúde¹⁰.

No entanto, tal mudança necessária nas práticas dos trabalhadores e nos serviços de saúde depende principalmente da maneira como acontece a organização e compreensão da produção de saúde no espaço da micropolítica^{11,12,13} do trabalhador. Pois é nesse espaço que acontece o encontro, o diálogo, a escuta e a identificação das necessidades do indivíduo para que o trabalhador possa se responsabilizar pela garantia do cuidado integral de fato.

Porém, outros estudos^{14,15} conceituam a responsabilização como agenciamento essencial para a execução de tais práticas. Ou seja, a responsabilização é entendida como dispositivo¹⁶, necessário na construção de relacionamento com o usuário.

Destaca-se que, apesar da realização dos trabalhos acima referenciados, a responsabilização é entendida de forma distinta, tanto pelos trabalhadores da saúde como pelos usuários, o que pode dificultar a utilização adequada desse agenciamento durante a realização das ações de saúde.

Além dos trabalhos já referenciados nessa revisão, destaca-se o estudo¹⁷ que define tecnologias como o conhecimento aplicado à saúde, e não apenas aos instrumentos. Para isso, adotam-se dois conceitos: o de tecnologias materiais para máquinas e instrumentos, e tecnologias não materiais, para o conhecimento técnico.

Essa revisão teórica, porém se apropria dos estudos^{6,11,12,13,17}, que transversalizam a responsabilização do trabalhador de saúde, na perspectiva da organização e compreensão da micropolítica, como dispositivo essencial no desenvolvimento do “trabalho vivo em ato”.

Para tanto, buscou-se identificar textos por meio de revisão teórica, que abordavam as distintas dimensões da responsabilização em saúde. Utilizou-se a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e a base de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a partir do argumento de busca "responsabilização", identificando-se inicialmente 348 estudos. Para refinar tal busca foram selecionados os filtros; texto completo, idioma português, publicados nos últimos 10 anos (2005-2015). Após esse refinamento foram encontrados 200 estudos. Entre tais estudos, foram excluídos os que eram duplicados e os que não abordavam a responsabilização associado a dispositivo e/ou a ferramenta. Foram selecionados 38, considerados relevantes para o desenvolvimento desse estudo.

Após essa etapa, realizou-se a organização do material com leitura flutuante e posterior leitura exaustiva para identificar as estruturas relevantes nos textos. Por fim,

organizaram-se os artigos conforme as categorias e subcategorias que emergiram dos conteúdos.

No intuito de facilitar a compreensão dos estudos pesquisados, tais referências foram agrupadas em duas categorias que são compostas por subcategorias, sendo que um mesmo artigo pode compor mais de uma subcategoria ou categoria, como apresentada no quadro 1. A primeira categoria que conceitua o termo responsabilização como dispositivo, apresenta cinco subcategorias que expressam: ação acolhedora associada ao compromisso do trabalhador (19, 20, 21, 22, 23, 24,25); uso de tecnologias leves como dispositivo do cuidado (21, 23, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34,35); cuidado integral com acompanhamento do itinerário terapêutico (21, 30, 36, 38, 39,40); corresponsabilização e integralidade das ações (21, 25, 30, 35, 36, 38, 39, 41, 43, 47, 48, 51, 52, 53, 54,55); responsabilização coletiva (29, 37, 38, 44, 46,56). A segunda categoria é composta por três subcategorias que retratam: automização do usuário e mudança do modelo assistencial e organizacional (21, 23, 28, 35, 41, 42, 43, 44, 45, 46,47); ferramenta potente para mudanças na micropolítica (20, 22, 23, 26, 33, 35, 36, 37, 48,50); e instrumento associado à articulação da rede e resolubilidade (21, 22, 30, 33, 35, 36, 37, 41, 48,49).

CATEGORIAS DE ANÁLISE	SUBCATEGORIAS	ESTUDOS
Responsabilização como dispositivo	Ação acolhedora associada ao compromisso profissional	19-25
	Uso de tecnologias leves como dispositivo do cuidado	21,23,26-35
	Cuidado integral com acompanhamento do itinerário Terapêutico	21,30,36,38-40
	Corresponsabilização e integralidade das ações	21,25,30,35,36,38,39,41,43,47,48,51-55
	Responsabilização coletiva	29,37,38,44,46,56
Responsabilização como ferramenta	Automização do usuário e mudança do modelo assistencial e organizacional	21,23,28,35,41-47
	Ferramenta potente para mudanças na micropolítica	20, 22,23,26,33,35-37,48,50
	Instrumento associado a articulação da rede e resolubilidade	21,22,30,33,35-37,41,48,49

Quadro 1: Representação das categorias e as subcategorias de análise.

Diante do exposto, o presente artigo tem como objetivo discutir as diferentes abordagens sobre a responsabilização e apresentá-las de maneira articulada a compreensão de dispositivo relacional, associada à definição de ferramenta essencial no desenvolvimento do trabalho em saúde proposta para a ABS.

Responsabilização como tecnologia relacional

A responsabilização está presente, segundo os trabalhos supracitados, os quais esta revisão se apropria, na construção de relações próximas e claras, que possibilitem que nos sensibilizemos com o sofrer do outro e nos sintamos também responsáveis pela vida e pela morte das pessoas.

No encontro entre trabalhadores e usuários, acontece o entendimento e opera-se a tecnologia das relações, ou seja, em todo lugar que ocorrer esse processo tecnológico é apreendido o “trabalho vivo em ato”^{6, 11, 12, 13,17}, que visa o processo de escuta das necessidades, para uma troca de informações e o reconhecimento mútuo de direitos e deveres, para um processo de decisões que possibilita intervenções¹⁸.

A construção dessas relações possibilita a elaboração de estratégias que operem em serviços de saúde, estabelecendo relação acolhedora entre trabalhador de saúde/usuário, marcada pelo compromisso e responsabilização pela saúde¹⁹⁻²⁵ desses e também pela preocupação com o desenvolvimento da autonomia^{21,23,28,35,41-47}, e tem como finalidade a apropriação de diversas tecnologias, que possam resolver ou minimizar o seu sofrimento.

Estudos^{6,11} destacam que ao discutir os conceitos de tecnologias materiais e não-materiais⁵⁷, campo dos instrumentos e do conhecimento técnico, há o das relações, fundamental para a produção do cuidado em saúde que deve está embasada em práticas fundamentadas no acolhimento, no diálogo, no vínculo, na responsabilização e na escuta ativa entre trabalhador e usuário dos serviços que funcionam como primeiro contato com o serviço.

Esse momento de acolhida^{19-25,58} e aproximação devem antecipar a oferta de serviços às necessidades demandadas, bem como a responsabilização integral pelos problemas de saúde de uma coletividade, por meio das tecnologias disponíveis. O acolhimento acontece a partir da comunicação, através de ações de receber e ouvir os indivíduos⁵⁹ e como um dispositivo orientador^{2,3} que pode responder as demandas individuais e coletivas dos usuários.

Por isso, no momento de tomada de decisão, a escuta qualificada é essencial para que o usuário seja atendido na perspectiva do cuidado como ação integral^{21,30,36,38-40,60} que é compreendida pela identificação singular da demanda de saúde^{61, 62} por meio da utilização do vínculo como recurso terapêutico^{63, 64}, ou da identificação desse agenciamento como estabelecimento de referências dos usuários com a equipe^{61, 62}, e assim, resulta na criação de relação pessoal que proporciona o encontro de subjetividades⁶⁵.

Dentre as diversas tecnologias utilizadas no trabalho em saúde, a vinculação é destacada como um dispositivo eficiente na horizontalização⁶⁶ e democratização das práticas em saúde, pois favorece a interação e o diálogo entre os sujeitos envolvidos.

Nesse sentido torna-se essencial a criação de vínculos (a) efetivos⁶⁵ entre cada usuário e uma equipe e/ou um trabalhador da ABS. Vínculo enquanto sinalizador de responsabilização e relação de confiança, algo que referencie o sistema⁶⁷ de saúde para o usuário.

Esses dispositivos supracitados devem ser colocados em prática, articulados a responsabilidade do trabalhador da saúde, a fim de que no estabelecimento de confiança entre trabalhador e usuário, as demandas sejam construídas e manifestadas, com soluções negociadas adequadamente, para o alcance da resolubilidade^{21,22,30,33,35,36,37,41,48, 49,68} conforme representa a figura 1.

Identifica-se, contudo, que o desafio consiste em restabelecer uma nova prática, na “porta de entrada” do sistema, que seja centrada no estímulo à promoção da saúde, prevenção e resolubilidade dos problemas de saúde do usuário, referenciada na responsabilização.

Essas práticas devem ser norteadas pelos dispositivos que vão além da execução de conhecimentos técnicos, cientificamente fundamentados⁶⁸, mas que também se apropriam do campo subjetivo, com intensa utilização de tecnologias leves^{21,23,26,27,28-35,57}, marcados pela capacidade de ouvir o que o outro tem a dizer, de se aproximar de seu contexto, de enxergá-lo em sua totalidade.



Figura 1: Responsabilização como dispositivo central para a efetivação dos demais dispositivos relacionais que visam à resolubilidade.

Assim, a responsabilização¹ está associada a práticas embasadas nos saberes ampliados e na dimensão cuidadora¹ que há em cada trabalhador de saúde, com a valorização do outro, preocupação com o cuidado e o respeito com a visão de mundo de cada um. Cuidado este que, quando desenvolvido com responsabilização pela equipe pode ser interpretado pelo usuário, como uma relação diferenciada, acolhedora com presença do vínculo, que por meio de práticas de saúde comprometidas, buscam resolver suas necessidades de saúde.

Estudo²³⁵²⁶ afirma que “as tecnologias leves são geradoras de satisfação, quando voltadas à prática do cuidado em saúde”.

A responsabilização também pode ser percebida por meio do compromisso assumido entre trabalhadores e usuários do serviço, ampliando a eficácia das ações, pois favorece as

relações entre os sujeitos, dando assim possibilidade ao trabalhador de ser criativo e gerar autonomia, tanto para os trabalhadores como para os usuários, no espaço da micropolítica^{11, 12, 20, 22, 23, 26, 33,35-37, 48,50}, local onde acontece o agir no cotidiano do cuidado à saúde.

Podemos definir, portanto, a autonomia^{63,64} como parte fundamental no processo de responsabilização e compromisso que a equipe ou trabalhador estabelece com cada usuário e os seus problemas, pois esse dispositivo “implica em assegurar ao indivíduo e à coletividade a possibilidade de expressar os desejos, interesses e valores particulares ou singulares com a máxima liberdade”^{63”27}

No entanto, ressaltam-se algumas dificuldades encontradas pelo trabalhador em realizar a escuta adequadamente⁶⁰ dos usuários. Essa situação pode ser fruto da pressão da demanda, que reflete na sobrecarga de trabalho, cansaço, estresse e falta de motivação, demonstrando que os mesmos também precisam ser acolhidos em seu processo de trabalho, para melhor acolher o usuário.

A organização das práticas^{21, 23, 28, 35,41-47} de saúde quando embasadas nas relações com ênfase nas tecnologias relacionais possibilita a forma efetiva e criativa de manifestação da subjetividade do outro. Para isso, as práticas de saúde devem ter como objetivo final, o cuidado desenvolvido por meio do acolhimento, das relações de responsabilidade e autonomia dos sujeitos envolvidos em busca pela solução das necessidades de saúde.

A responsabilização assumida pelo trabalhador, associada à confiança, ao vínculo, ao estímulo, à cooperação e ao compartilhamento de informações, facilita a aceitação e reconhecimento⁶⁹ das ações do trabalhador e da equipe de saúde.

Esse reconhecimento do trabalho pelo usuário permite que o mesmo se sinta a vontade para falar a respeito de suas preocupações, pois percebe que o trabalhador está interessado em outros aspectos de sua vida e não apenas em seu problema de saúde e que entende quais problemas são mais importantes para eles¹³.

Dessa forma, compreende-se que as tecnologias relacionais são produzidas no trabalho vivo em ato^{6,11,12,13,17}, condensam em si as relações de interação e subjetividade²³, possibilitando produzir acolhimento, vínculo e responsabilização. Destes estudos, um deles⁶ afirma que é necessário imprimir mudanças no processo de trabalho tomando, como centro, o processo de efetivação da tecnologia leve e os seus modos de articulação com as outras tecnologias. Nesse sentido, defende-se que as mudanças no processo de trabalho podem ser potencializadas se as tecnologias leves forem inseridas no encontro entre trabalhadores e entre estes e os usuários.

Nesse sentido, a responsabilização deve permear a prática do trabalhador de saúde desde o primeiro contato do usuário com serviço, funcionando como elemento de mudança no processo de trabalho em saúde, com potencial de ampliar as práticas de cuidado^{13, 14} e o relacionamento entre trabalhadores e usuários, sendo, portanto, considerado um dispositivo importante para o alcance do cuidado integral.

Responsabilização como ferramenta essencial das práticas de saúde

A responsabilização em saúde deve estar associada à possibilidade de garantia de acesso aos serviços, escuta qualificada, bem como um instrumento para apoio à clínica e reorganização das práticas do trabalhador e das equipes.

Estudo^{70”76} destaca que modelos de atenção à saúde, que investem na qualidade dos serviços, tendo a responsabilização como produto e produtor de dispositivos, afinal, quem co-participa ativamente dos problemas de saúde das pessoas, ouvindo e conversando, estabelece cotas de responsabilidade em sentido duplo, cuida – faz clínica – e, inevitavelmente, estabelece acolhimento e vice-versa.

Nesse aspecto, outras pesquisas^{14,66} complementam tal discussão, ao afirmarem que a responsabilização do trabalhador pode ser gerada a partir do modo de organização do processo de trabalho e funcionamento dos serviços de saúde, onde há o comprometimento da

equipe multiprofissional, na busca pela resolução das necessidades de saúde e na garantia do acesso dos usuários às tecnologias necessárias para resolver os problemas de saúde.

Destaca-se que os atributos da responsabilização estão diretamente articulados no que se refere às práticas profissionais e a organização do serviço. O trabalhador de saúde nesta perspectiva deve ser resolutivo e agir como um facilitador de todo este processo, como forma de atingir a integralidade da atenção.

As práticas integrais potencializadas pela valorização das tecnologias de conversação⁶⁷ presentes nas ações do trabalhador ou da equipe da ABS permitem o desenvolvimento de práticas mais acolhedoras e humanizadas, sobretudo quando o usuário é colocado como sujeito de sua própria história.

Os trabalhadores que compõem a ESF têm responsabilidades sobre o cuidado às pessoas, devendo ser corresponsáveis do projeto terapêutico e da resolução de problemas^{21,25, 30,35,36,38,39,41,43, 47, 48,51-55}. Portanto, devem acompanhá-lo, garantindo o acesso aos outros níveis de atenção, assim como a referência e a contrarreferência, para que o vínculo continue com a equipe básica, que deverá promover a continuidade dos cuidados ao usuário², conforme figura 2.

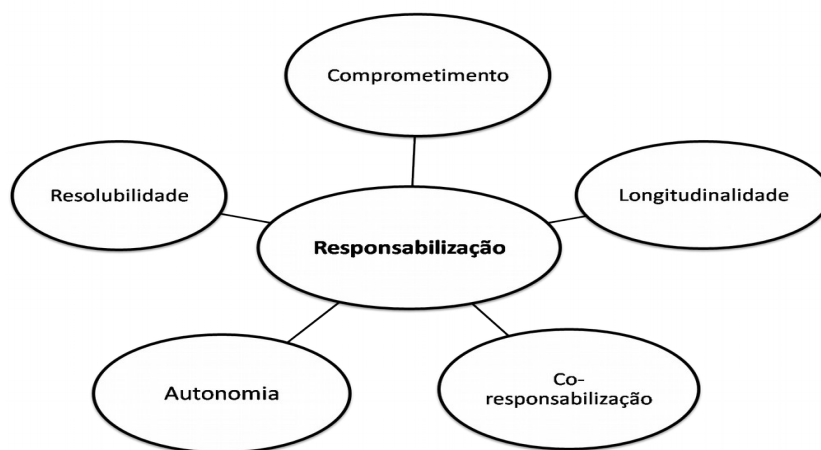


Figura 2: Responsabilização como ferramenta essencial para a efetivação da prática do trabalhador

Nesse sentido, a corresponsabilização, também como ferramenta, incorpora além da equipe e usuário, a família, a comunidade e as ações intersetoriais articuladas no contexto social. Para tais estudos, o diferencial dessa ferramenta se baseia no compartilhamento dos problemas e das soluções, o que favorece na obtenção mais resolutiva dos resultados. A corresponsabilização^{68”334} dos sujeitos envolvidos no processo do cuidado possibilita o rompimento de práticas centrada em procedimentos, com um núcleo tecnológico que valoriza os saberes e práticas biomédicas como eixos norteadores da produção dos atos de saúde.

Para responder ao conjunto de necessidades expressas pelos usuários é necessário um conjunto de práticas, habilidades e saberes que são articulados pelos trabalhadores de saúde na oferta⁷¹ de cuidados. Tais práticas, saberes e habilidades incluem o estabelecimento de vínculos, a responsabilização pelo usuário, o acolhimento e a escuta, o emprego de conhecimentos específicos de cada profissão, a indicação adequada da realização de exames e procedimentos, sem que nenhuma tecnologia se sobreponha a outra.

A responsabilização pode então ser assumida por um trabalhador ou equipe de saúde como instrumento central que tem o potencial para possibilitar a longitudinalidade através do comprometimento e de favorecer a continuidade do cuidado com garantia pelos fluxos e contrafluxos nos diversos serviços do sistema de saúde, objetivando a resolubilidade⁷² que está associada à organização da atenção, atrelada a conduta do trabalhador e a relação que é estabelecida com o usuário, representada no diagrama que consta na figura 2.

Nesse contexto, a continuidade¹⁴ pode ser representada pelo atendimento pelo mesmo trabalhador, acompanhamento de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas anteriores e novos. Inclui ainda o encaminhamento e acompanhamento do atendimento em outros serviços presentes no sistema com garantia de acesso.

A responsabilidade do trabalhador pode então ser identificada conforme estudo^{6”138} quando “o profissional assume a indicação e garantia dos caminhos a serem percorridos para resolução do problema, não cabendo a transferência burocrática para outra instância decisória

ou nível de atenção”. Diante disso, o trabalhador de saúde de forma responsável, utilizar todos os recursos disponíveis no seu ambiente de trabalho, a fim de evitar encaminhamentos desnecessários para outros serviços de saúde.

Por isso, enfatiza-se o processo de produção do cuidado deve ser pensado em seu microespaço^{48:769}, “ressaltando-se o acolhimento, o estabelecimento de vínculo e a responsabilização no sentido de se garantir uma rede de cuidados pertinente e acessível aqueles que necessitem transitar por ela”. É preciso que se eliminem as fragmentações presentes, tanto na forma de organização dos serviços de saúde, quanto nas práticas cotidianas dos trabalhadores e equipe, para se oferecer uma atenção integral, resolutiva, visando sempre à melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Considerações Finais

A responsabilização está relacionada à compreensão de instrumento como uma atitude eficaz que favoreça a continuidade e a efetividade do cuidado, contribuindo para a implementação de ações de promoção e de prevenção de agravos.

Para tanto, não basta somente realizar as ações em saúde ofertando as tecnologias disponíveis no sistema de saúde, é preciso à utilização dos agenciamentos que tangenciem as necessidades e demandas no exercício da escuta, da identificação dos problemas, e do diálogo responsivo, por meio de acolhimento entre trabalhadores de saúde e usuários.

Contudo, defende-se que a valorização das tecnologias leves amplia os atos terapêuticos e potencializa o alcance da resolubilidade dos problemas de saúde dos indivíduos.

Porém, a partir desse estudo, coloca-se a possibilidade de repensar o processo de trabalho do trabalhador em saúde, no seu espaço de atuação, buscando uma atenção centrada no usuário, corresponsabilização entre trabalhadores e usuários que possam assegurar melhores das condições de vida, por meio da responsabilização efetiva e compromissos

firmados entre os sujeitos envolvidos nesse processo que possuem os mesmos objetivos que convergem em respostas efetivas às necessidades em saúde das pessoas.

Referências

1. Assis MMA, Nascimento MAA, Franco TB, Jorge MSB, organizadores. *Produção do cuidado no programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários*. 1ª Edição. Salvador: EDUFBA; 2010.
2. Santos AM, Assis MMA. *Saúde bucal: da fragmentação à integralidade*. Feira de Santana: UEFS; 2010.
3. Santos IMV, Santos AM. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. *Rev. salud pública* 2011; 13(4): 703-16.
4. Oliveira MA, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev. bras. enferm* 2013; 66(esp): 158-64.
5. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
6. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.
7. Campos GWS, Guerrero A. *Manual de atenção básica: clínica ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec; 2009.
8. Gonçalves RJ, Soares RA, Troll T, Cyniro EG. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Rev. bras. educ. méd* 2009; 33(3): 393-403.
9. Baremlitt G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes*. 2a ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos; 1994.
10. Franco TB, Magalhães Júnior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE, organizador. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 3ª edição. São Paulo: Hucitec; 2006. P.125-134.

11. Malta DC, Merhy EE. Micro-politics of work in the public health sector, reviewing concepts. *REME rev.min. enferm* 2003; 7(1): 61-66.
12. Merhy E.E, Franco T.B. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. *Saúde debate* 2003; 27(65): 316-323.
13. Merhy E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E.E.; Onocko, R, organizadores. *Agir em saúde um desafio para o público*. 2ª edição. São Paulo: Hucitec; 2006. p.113-167.
14. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
15. Santos AM. *Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista, Bahia: desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde* [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2013.
16. Gonçalves RBM. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994.
17. Merhy EE. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. *Saúde Soc.* 2012; 21(2): 267-279.
18. Amorim ACCLA, Assis MMA, Santos, AM, Jorge MSB, Servo, MLS. Practices of the family health team: advisors of the access to the health services? *Texto & contexto enferm* 2014; 23(4): 1077-1086.
19. Pereira MJB, Mishima SM, Foturna CM, Matumoto S. A assistência domiciliar: conformando o modelo assistencial e compondo diferentes interesses/necessidades do setor saúde. *Rev. latinoam. Enferm* 2005; 13(6): 1001-1010.
20. Vanderlei MIG, Almeida MCP de. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva* 2007; 12(2): 443-453.

21. Coêlho BP. *A reformulação da clínica a partir de diretrizes para atenção e gestão na saúde: subjetividade, política e invenção de práticas*. [Tese] Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
22. Costa MAR, Cambiriba M da S. Acolhimento em enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário. *Ciênc. Cuid. Saúde* 2010; 9(3): 494-502.
23. Ferri SMN, et al. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. *Interface comun. saúde educ.* 2007; 11(23): 515-529.
24. Willrich JQ, et al. Os sentidos construídos na atenção à crise no território: o Centro de Atenção Psicossocial como protagonista. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2013; 47(3): 657-663.
25. Lima LL, Moreira TMM, Jorge MSB. Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização. *Rev. bras. enferm* 2013; 66(4): 514-522.
26. Teixeira MCB. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. *Ciênc. saúde coletiva* 2006; 11(1): 45-51.
27. Beheregara LR, Gerhardt TE. A integralidade no cuidado à saúde materno-infantil em um contexto rural: um relato de experiência. *Saúde Soc.* 2010; 19(1): 201-212.
28. Reis MAS dos Fortuna, CM, Oliveira, CT, Durante, MC. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. *Interface comun. saúde educ* 2007; 11(23): 655-666.
29. Assis MP, Carvalho, Pacheco LC, Menezes MFG de, Bernardo MHJ, Steenhagen CHVA de, Tavares EL, Santos DM. Ações educativas em promoção da saúde no envelhecimento: a experiência do núcleo de atenção ao idoso da UNATI/UERJ *Mundo saúde* 2007; 31(3): 438-447.

30. Baião B de S, Oliveira RA de, Lima VVPC, Matos MV de, Alves KAP. Acolhimento humanizado em um posto de saúde urbano no Distrito Federal, Brasil. *Rev. APS* 2014; 17(3): 291-302.
31. Vecchia M.D, Martins STF. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. *Ciênc. saúde coletiva* 2009; 14(1): 183-193.
32. Fioramonte A, et al. Cuidado à pessoa com transtorno mental e sua família: atuação do enfermeiro na ESF. *Ciênc. cuid. Saúde* 2013; 12(2): 315-322.
33. Santos AM; Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (dês) construindo a prática da saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas – BA. *Ciênc. saúde coletiva* 2006; 11(1): 53-61.
34. Albuquerque RA; Jorge MSB, Franco TB, Quindere PHD. Produção do cuidado integral no pré-natal: itinerário de uma gestante em uma unidade básica de saúde da família. *Interface comun. saúde educ* 2011; 15(38): 677-686.
35. Amorim ACCLÀ, Assis MMA, Santos AM dos. Link and responsibility as ways to provide care in family's health strategy. *Rev. baiana saúde pública* 2014; 38(3):539-554.
36. Scheibel AF, Hecker L. Acolhimento no CAPS: reflexões acerca da assistência em saúde mental. *Rev. baiana saúde pública* 2011; 3(4):966-983.
37. Martins CC. *Análise do processo de acolhimento em unidades básicas de saúde em Minas Gerais tendo por preferência o plano diretor da atenção primária à saúde* [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2012.
38. Maganha C. *Como uma equipe multidisciplinar (NASF) se insere/apoia outra equipe multidisciplinar (ESF)?* [tese]. Rio Grande do Sul: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul; 2014.

39. Arce VAR, Sousa MF de Integralidade do cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal. *Saúde soc* 2013; 22(1): 109-12.
40. Rabelo JL, Rivelli M do RN, Simões WMB. Os dispositivos da clínica e as redes de atenção à saúde no enlaço de um caso clínico de saúde mental. *Clinicaps* 2011; 13:1-13.
41. Antonacci MH, et al. Estrutura e fluxo da rede de saúde como possibilidade de mudança nos serviços de atenção psicossocial . *Rev. Esc. Enferm. USP* 2013; 47(4): 891-898.
42. Osorio-de-Castro CGS. Farmacêutico: ser profissional de saúde e cidadão exige responsabilização. *Ciênc. saúde coletiva* 2008; 13(suppl): 572-575.
43. Arona EdaC. Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. *Saúde soc* 2009; 18(suppl. 1): 26-36.
44. Casanova AO, Teixeira MB, Montenegro E. O apoio institucional como pilar na cogestão da atenção primária à saúde: a experiência do Programa TEIAS - Escola Manguinhos no Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* 2014; 19(11): 4417-4426.
45. Lima MC de S. *Os vínculos subjetivos com o trabalho em um hospital público no Estado de Sergipe: desafios para os processos e dispositivos de gestão*. [Tese] Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
46. Camuri D, Dimenstein M. Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. *Saúde soc*. 2010; 19(4): 803-813.
47. Matumoto S. et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface comun. saúde educ* 2005; 9(16): 9-24.
48. Viegas SM da F; Hemmi, APA, Santos, RV, Penna, CM de M. O cotidiano da assistência ao cidadão na rede de saúde de Belo Horizonte. *Physis* 2010; 20(3): 769-784.

49. Ballesteros JG de A et al. Tuberculose multirresistente: integralidade da atenção à saúde na perspectiva discursiva. *Esc. Anna Nery* 2014; 18(3): 515-521.
50. Cunha GT; Campos GW de S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde soc* 2011; 20(4): 961-970.
51. Assis EG de et al. A coordenação da assistência no controle da tuberculose. *Rev. esc. enferm.* 2012; 46(1): 111-118.
52. Lopes GVDO et al. Acolhimento: quando o usuário bate à porta. *Rev. bras. enferm.* 2014; 67(1): 104-110.
53. Lima AIO. et al. O desafio da construção do cuidado integral em saúde mental no âmbito da atenção primária. *Revista da sociedade brasileira de psicologia* 2013; 21(1): 71-82.
54. Müller CP, Araujo VE, Bonilha ALL. Possibilidade de inserção do cuidado cultural congruente nas práticas de humanização na atenção à saúde. *Rev. Eletr. Enf.* 2007; 9(3): 858-65.
55. Cavini PN *Sobre família e saúde mental: as representações de profissionais da estratégia saúde família (ESF)*. [dissertação]. São Paulo Instituto de USP. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. 2012.
56. Zeferino AMB, Zanolli M de L, Antonio MÂR de GM. Experiência da atenção integral à saúde individual e familiar com enfoque na responsabilização, vínculo médico-paciente, ética e profissionalismo no Currículo Médico Integrado. *Rev. bras. educ. med.* 2012; 6(1) suppl. 2:141-146.
57. Pereira MJB. *O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar: potência para (re) construção da prática de saúde e de enfermagem* [Tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2001.
58. Mendes, EV. *As redes de atenção à saúde*. 2ª Edição. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde; 2011.

59. Santos, AM, Assis, MMA Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas-BA. *Ciênc. saúde coletiva* 2006; 11(01): 53-61.
60. Raimundo JS, Cadete MMM. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25 (2): 61-7.
61. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2006.p.53-124.
62. Franco TB, Merhy EE. A Produção Imaginária da Demanda e o Processo de Trabalho em Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. 2ª edição. Rio de Janeiro: UERJ, Abrasco; 2010; 185-195.
63. Campos GWS. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2006. 4 (1): 19-31.
64. Campos GWS. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Ciênc. saúde coletiva* 2010; 15(5): 2337-2344.
65. Cecílio, LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, Abrasco; 2001. p.113-126.
66. Souza EC, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(1): 100-110.

67. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface comun. saúde educ* 2004; 8(14): 73-91.
68. Assis MMA, Nascimento MAA do, Pereira MJB, Cerqueira EM de. Cuidado integral em saúde: dilemas e desafios da Enfermagem. *Rev. bras. enferm.* 2015; 68(2):333-338.
69. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Sousa FSP, Cavalcante CM. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciênc. saúde coletiva* 2011; 16(7): 3051-3060.
70. Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cadernos Saúde Pública* 2007; 23(1): 75-85.
71. Tesser CD, Campos GWS, Poli NP. Acolhimento, (des) medicalização social e gestão do cotidiano em equipes de saúde da família. In: Tesser CD, organizador. *Medicalização social e atenção à saúde no SUS*. São Paulo: Hucitec; 2010. p.131-150.
72. Teixeira RR. O acolhimento num serviço entendido em rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social. ABRASCO; 2003p. 89-111.

5.2 Responsabilização da equipe na Estratégia Saúde da Família (ESF): atenção à demanda induzida e espontânea²

Staff accountability for the Family Health Strategy (ESF): attention to induced and spontaneous demand

Minéia Araújo Carneiro Bastos, Marluce Maria Araújo Assis

Resumo: O estudo teve por objetivo analisar como tem sido construída a responsabilização das equipes que atuam na Estratégia Saúde da Família em busca da resolubilidade da atenção. Utilizou-se a abordagem qualitativa, por meio de entrevistas semiestruturadas com usuários (13), trabalhadores de saúde (22) e dirigentes (09), totalizando 44 entrevistados, e observação sistemática de 07 (sete) Unidades de Saúde da Família em um município da Bahia. A análise de dados foi orientada pela análise de conteúdo temática e fluxograma analisador. Os resultados revelam que a organização do serviço é direcionada principalmente, para o atendimento a demanda programada ou induzida, voltada para determinadas linhas de cuidado. Os usuários cadastrados se confrontam diariamente com as demandas espontâneas das pessoas, exceto em situações de urgência/emergência. Identificou-se ausência de trabalho em equipe, reflexo de um contexto em que cada trabalhador exerce sua prática de forma isolada, desarticulada e direcionada quase que exclusivamente, as demandas induzidas. Conclui-se que, o atendimento é direcionado as demandas programadas, com definição de horários, vagas e dias específicos para o atendimento em descompasso com práticas integrais e resolutivas.

Palavras-chave Responsabilização, Equipe Saúde da Família, Demanda, Necessidade de saúde, Sistema Único de Saúde.

Abstract: The study aimed to analyze how it has been built accountability of staff working in the Family Health Strategy in search of solvability of attention. We used a qualitative

² As normas de formatação do presente artigo obedecem às instruções para autores da Revista Interface.

approach, through semi-structured interviews with users (13), health workers (22) and leaders (09), totalling 44 interviewed, and systematic observation of 07 (seven) Family Health Units in a municipality from Bahia. Data analysis was guided by the thematic content analysis and analytic flowchart. The results show that the service organization is directed mainly to meet the programmed or induced demand, focused on certain lines of care. The registered users are confronted daily with the spontaneous demands of the people, except in urgent/emergency situations. Lack of team work was identified, reflecting a context where each employee performs his practice in isolation, disjointed and directed almost exclusively induced demands. It is concluded that the attendance is directed to the programmed demands, defining schedules, specific places and days for the care that is mismatch with a comprehensive and resolving practical.

Keywords: Accountability, Family Health Team, Demand, Need for health Health System.

Introdução

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) teve a intenção de reordenar a Atenção Básica à Saúde (ABS), dando respostas mais efetivas às demandas¹ que é a solicitação do atendimento ou a atenção às necessidades dos usuários na “porta de entrada” da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, o modo de gerir os serviços de saúde passa a ser orientado por planos estratégicos para a consolidação das políticas de saúde e para a reorganização das práticas dos trabalhadores de saúde, em busca da atenção a essas necessidades, que para Cecílio¹ tem um significado mais amplo, pois se referem às condições de vida adequadas, acesso e consumo de tecnologia de saúde, capazes de criar vínculos afetivos e efetivos entre usuários e trabalhadores, ser respeitado e autônomo sobre seu modo de vida. Atendendo, para isso, aos princípios doutrinários do SUS, especialmente os de universalidade de acesso e de integralidade da atenção à saúde.

Nesse sentido, as práticas de saúde passam a ser valorizadas como parte de um trabalho multiprofissional e interdisciplinar², constituindo-se em equipes de saúde da família

(EqSF) que devem se responsabilizar pelas ações de promoção à saúde, prevenção de enfermidades e vigilância da saúde, além de ações de recuperação e de reabilitação da saúde no contexto da população assistida.

A responsabilização passa então a ser identificada por meio da execução de práticas embasadas em saber ampliado e ação cuidadora, inerentes ao fazer cotidiano do trabalhador em saúde, com a valorização do outro, preocupando-se com as dimensões subjetivas, simbólicas e técnicas do cuidado².

Dessa forma, compreende-se a responsabilização como uma ferramenta essencial na execução do trabalho em saúde. Contudo, a responsabilização pela equipe de saúde da família está associada ao conhecimento e relacionamento entre os diferentes sujeitos sociais nos contextos de referências dos territórios sociais³.

Essa aproximação e conhecimento sobre as pessoas e sobre suas condições de vida contribuem na organização dos serviços de saúde, podendo possibilitar o atendimento das demandas dos usuários na Unidade Saúde da Família (USF), não somente na perspectiva da cura e/ou reabilitação, mas, principalmente, na prevenção de riscos e agravos à saúde.

Essas demandas caracterizam-se em programada⁴ ou induzida, pois pode ser assistida em um dia da semana específico, agendada previamente, sendo individual ou coletiva e espontânea, que é entendida pela necessidade auto-percebida⁵ pelo usuário, que pode ser, geralmente, resolvida de imediato. A demanda espontânea é compreendida como aguda por meio da necessidade de atendimento e resolução imediata e como não aguda, representada por situações que podem aguardar e programar a atenção.

Portanto, considera-se um desafio assumir a responsabilização como dispositivo indispensável para execução das ações em saúde, visto que os trabalhadores da Atenção Básica enfrentam várias dificuldades para intervir e garantir a resolubilidade das necessidades demandadas pelos usuários no cotidiano da prática. Além dos obstáculos presentes dentro das próprias unidades, os trabalhadores também enfrentam dificuldades quando necessitam de

outros serviços ou outros recursos tecnológicos necessários para efetivar a resolução das necessidades dos indivíduos⁶.

Em revisão sobre as pesquisas que, também, abordam a responsabilização da EqSF, por meio das práticas que visam alcançar a resolubilidade da atenção, identificam-se estudos relacionados à organização das práticas assistenciais nas EqSF, associadas ao perfil profissional e as atividades rotineiras⁷, direcionadas a linhas do cuidado⁸ como saúde da criança, do idoso, da mulher, saúde mental, entre outros; o reconhecimento do acolhimento como uma estratégia desmedicalizante⁹ e como um dispositivo orientador^{10,11,12}; e a resolubilidade da ESF com o apoio da média complexidade, na tentativa de garantir práticas integradas e a continuidade dos cuidados em saúde¹³

Contudo, evidenciam-se lacunas de conhecimentos, no que diz respeito, a compreensão da responsabilização articulada às demandas (induzida e espontânea) das pessoas que procuram o serviço, e como a EqSF conduz as práticas para a resolubilidade da atenção na Unidade de Saúde da Família, prevendo os encaminhamentos e soluções na rede de atenção.

Para tanto, o estudo teve como objetivo analisar como tem sido construída a responsabilização das equipes que atuam na ESF de um município do estado da Bahia, dando respostas às necessidades demandadas pelos usuários.

Percurso Metodológico

O campo empírico desta pesquisa constituiu-se de 07 USF de um município da Bahia, considerado referência para serviços de média e alta densidade tecnológica em diversas linhas do cuidado¹⁴.

Os participantes da pesquisa foram organizados em três grupos: usuários (13), trabalhadores de saúde (22) e dirigentes da ABS (09), totalizando 44 entrevistados. Os critérios de inclusão foram: EqSF completa (agentes comunitários de saúde, auxiliares de saúde bucal, odontólogos, enfermeiros, médicos, recepcionistas e técnicos de enfermagem),

trabalhadores de saúde e dirigentes com mais de seis meses de atuação na ESF ou no cargo; usuários que residissem na área de abrangência da unidade pesquisada.

Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada e observação sistemática, seguindo-se para tais técnicas um roteiro orientador. As observações foram realizadas nas unidades cujas equipes foram entrevistadas. As entrevistas com os trabalhadores e dirigentes foram agendadas pessoalmente e por contato telefônico. Os usuários foram aleatoriamente convidados a participar da pesquisa, no momento da observação.

O critério numérico não foi responsável por definir a quantidade dos sujeitos da pesquisa. Sendo assim, os participantes foram definidos pela relevância das informações colhidas através das entrevistas e das observações da prática, que trouxeram contribuições relevantes e adequadas ao delineamento do objeto em estudo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Estadual de Feira de Santana, com o parecer 739.667 (CAAE 31670414.0.0000.0053) e devidamente autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município estudado.

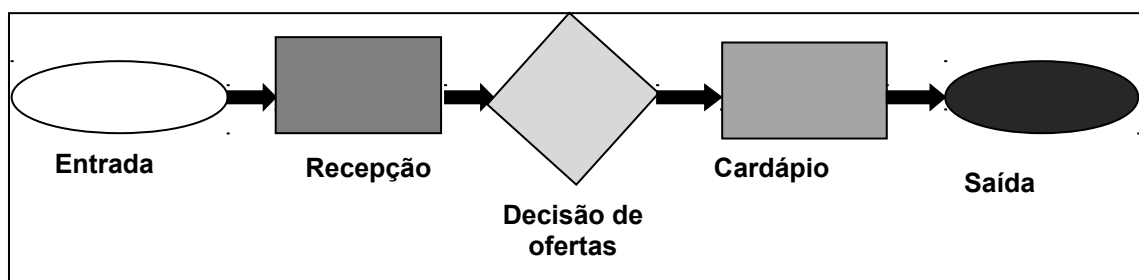
Todos os sujeitos entrevistados tomaram conhecimento e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O tratamento e análise do material empírico foram pautados na Análise de Conteúdo Temática. Inicialmente foram feitas leituras flutuantes para impregnação do conteúdo do material de campo e realizou-se a síntese vertical de cada unidade de análise, obtendo ao final uma visão global do conjunto de entrevistas¹⁵. Após esse primeiro momento, realizou-se a síntese horizontal das entrevistas por grupos entrevistados, relacionando com as unidades temáticas que favoreceu uma melhor compreensão do material empírico. Ao final, realizou-se a síntese de cada grupo, identificando os conteúdos convergentes e complementares.

Utilizou-se para orientar a análise dos dados o fluxograma de Merhy¹⁶, apresentado na figura 1, que representa o caminho percorrido pelo usuário nas unidades de saúde da família na busca pela satisfação de suas necessidades de saúde.

Nesse sentido, o autor considera que quaisquer serviços assistenciais de saúde pode ser enquadrado na sequência mostrada pelo fluxograma apresentado na Figura 1, que, no presente estudo, será desdobrada nas Figuras 2, 3, 4 e 5, construídas a partir das entrevistas e das observações sistemáticas, com o objetivo de possibilitar uma melhor visualização das informações colhidas por meio da pesquisa empírica.

No fluxograma supracitado, a elipse representa a porta de entrada da USF para a chegada à recepção representada por um retângulo, local onde as pessoas são recebidas inicialmente no serviço conforme organização do atendimento e definição da responsabilização. O losango representa o momento de decidir se as demandas dos usuários serão ou não atendidas, embasado no cardápio disponibilizado pelo serviço e nos critérios utilizados pela unidade, para a atenção e responsabilização dos trabalhadores. O segundo retângulo representa o cardápio de serviços ofertados na unidade, será o momento que acontece a intervenção do trabalhador e por fim a elipse que representa a saída do usuário do sistema¹⁶.



FONTE: MERHY¹⁶

Figura 1: Fluxograma que representa os espaços percorridos pelo usuário ao procurar um serviço de saúde.

As informações obtidas através das observações sistemáticas foram entrecruzadas com as sínteses dos grupos entrevistados. Na análise final os dados foram interpretados e articulados com o referencial teórico do estudo.

Resultados

Entrada do usuário na Unidade Saúde da Família

Os serviços de saúde disponíveis nas USF estudadas são organizados para ofertar a assistência de forma individualizada, coletiva, programada ou induzida e com atendimentos específicos para a demanda espontânea. Em relação à organização da equipe nas unidades, inicialmente na recepção, os usuários que procuram o serviço por demanda espontânea ou induzida podem ser recebidos por uma recepcionista, assistente administrativo ou na falta dos dois anteriores, pelo técnico de enfermagem, ou por um agente comunitário de saúde.

Os usuários se dirigem a esses trabalhadores que atuam na “porta de entrada” do serviço para expressar suas necessidades, dúvidas e queixas sobre o que a unidade disponibiliza para a satisfação da demanda, e o que lhe motivou a buscar pelo serviço.

Percebe-se, contudo, que esses trabalhadores que recebem primeiramente o usuário no serviço, são também os responsáveis por definir quais ações em saúde aquele usuário terá ou não acesso na unidade, situação retratada na figura 2. Essa decisão está embasada na definição da demanda que leva o indivíduo a buscar o serviço e nos critérios que são estabelecidos pela unidade, como por exemplo: cadastramento, horário de chegada, agendamento prévio de consultas, retorno, emergências, curativos, aferição de pressão, retirada de medicamentos, resultado de exames, entre outros.

Os usuários que buscam pelo serviço por demanda induzida ou por demanda espontânea enfrentam grandes filas, na tentativa de garantir a satisfação das suas necessidades. Em algumas unidades pesquisadas, alguns usuários relataram que, para a realização de agendamentos de consultas e exames é necessário dormir na fila que se forma na porta da unidade na noite que antecede o dia determinado para a busca deste agendamento.

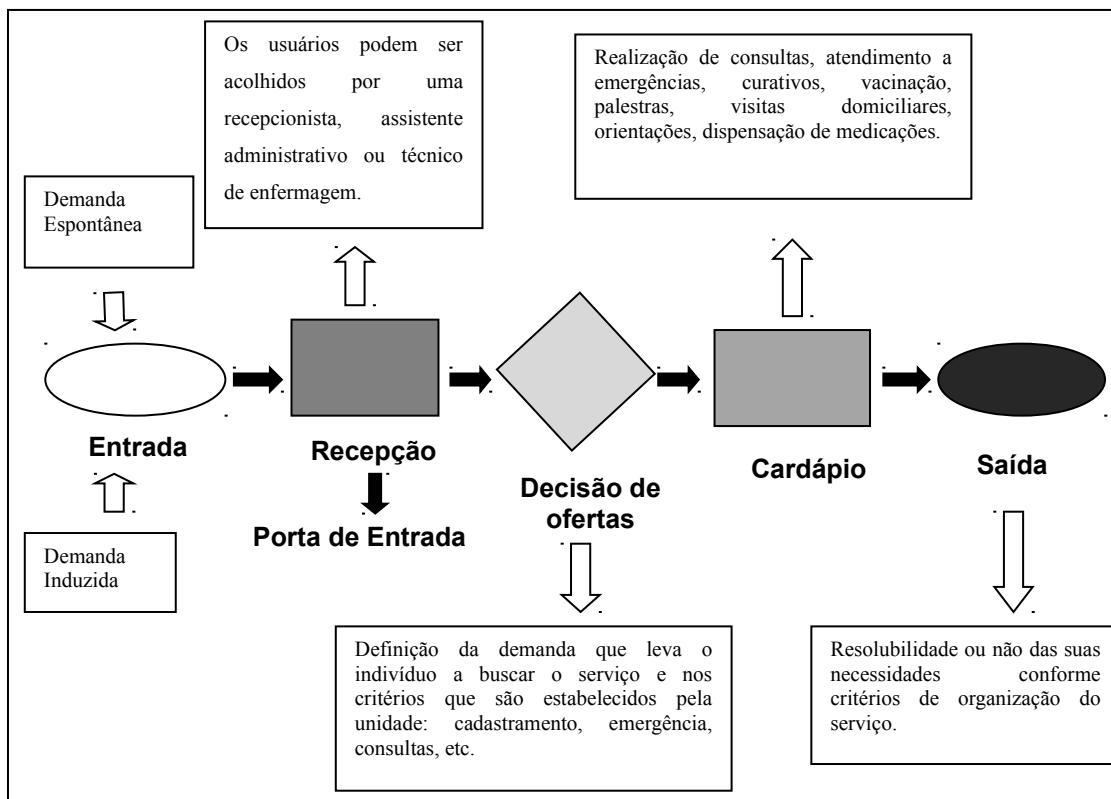


Figura 2: Fluxograma que representa a entrada da demanda induzida e espontânea na Unidade de Saúde da Família.

Através da observação sistemática pode-se ressaltar que várias demandas espontâneas consideradas de urgência e emergência eram avaliadas ali mesmo na recepção, local onde deveria acontecer o acolhimento, e com base na avaliação dos trabalhadores da saúde, que atuavam na “porta de entrada” e na decisão de oferta do serviço, aquela demanda era direcionada ou não ao atendimento, conforme mostra figura 3. Destaca-se ainda que, em várias unidades, há um quantitativo de vagas destinado ao atendimento às demandas espontâneas. O que denota uma compreensão equivocada do conceito real de demanda espontânea.

Dentre as demandas espontâneas, as que eram identificadas como de emergência, consideradas no momento como aguda e aparentemente de fácil resolução, eram atendidas na própria unidade e as demais consideradas agudas, porém, com maior gravidade, eram encaminhadas para os demais serviços de atendimento às emergências. Já as demandas

espontâneas que não apresentavam características de agudização, mas buscavam no serviço a realização de um curativo, retirada de pontos, aferição de pressão, ou de uma consulta entre outros, passavam pela atenção dos trabalhadores que determinavam, dentre essas demandas, quais seriam atendidas e em vários momentos foi percebido que alguns usuários que buscavam assistência de forma espontânea saíam do serviço sem o atendimento, representada na figura 3.

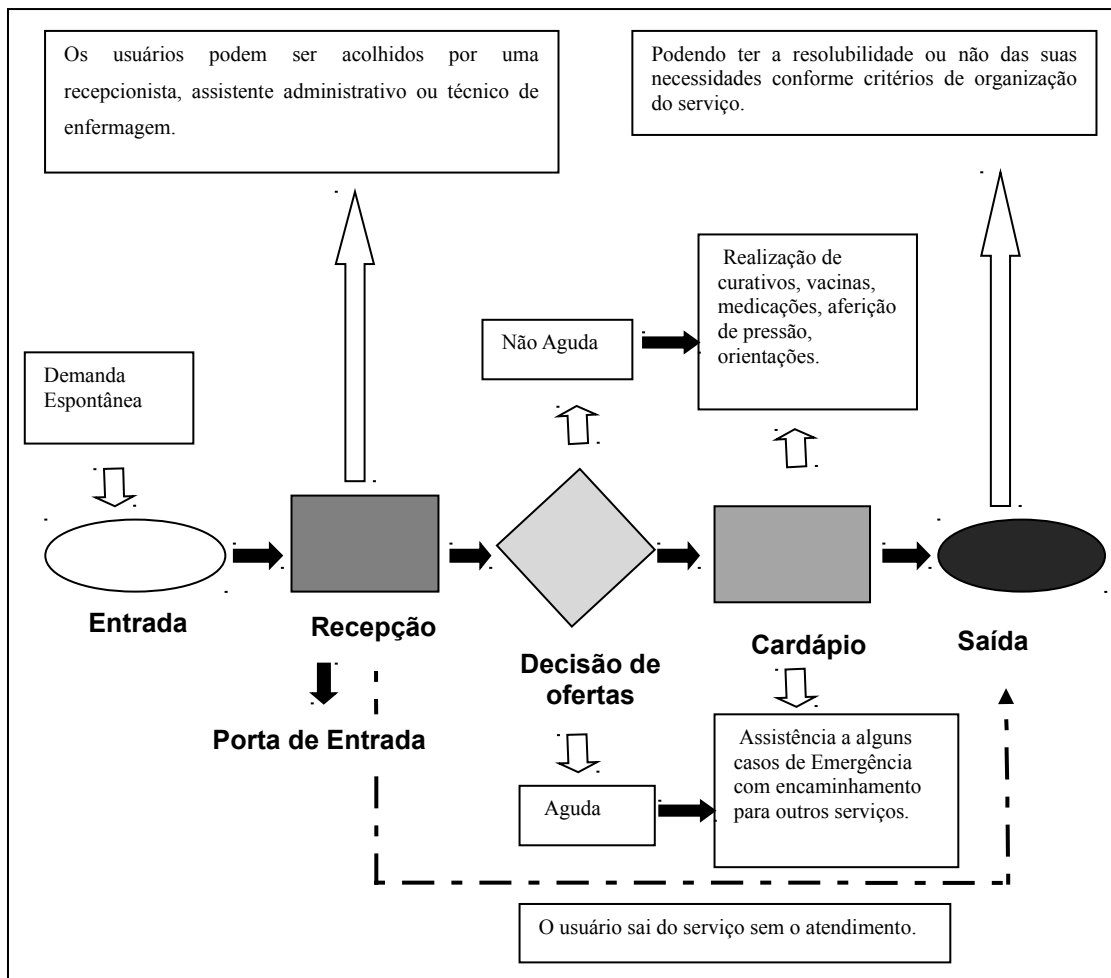


Figura 3: Fluxograma que representa a entrada da demanda espontânea na Unidade de Saúde da Família

Apreende-se no discurso dos trabalhadores a justificativa de que tentaria encaixar, que “daria um jeitinho” para promover o atendimento. Todavia, a realização desses atendimentos dependia da disponibilidade de recursos na unidade e de vagas para atendimento a essas demandas.

No que se refere à demanda induzida, referida na figura 4, o serviço se organiza para prestar atenção às linhas de cuidados específicas como: saúde da mulher, saúde da criança, saúde do homem, saúde do idoso, entre outras. Os atendimentos individuais ou coletivos são definidos a partir do perfil epidemiológico da população, caracterizados pela reserva de vagas e realização de direcionamentos com base nas agendas dos profissionais, médico, enfermeiro, odontólogo e da equipe que compõe o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Sendo que os critérios para realizar as marcações são decididos junto com a comunidade em que a ESF está inserida ou são definidos em equipe. Cada trabalhador com base nos programas implementados pelo Ministério da Saúde (MS) e nos dias que está presente na unidade define através de um cardápio de ofertas, quais e quantos atendimentos serão realizados por dia. No entanto, alguns entrevistados afirmaram adaptar a agenda e suas ações, conforme necessidade da comunidade, como por exemplo, o grande número de gestantes influenciava na quantidade de dias de atendimento para que esse público fosse contemplado.

Responsabilização da equipe na Unidade de Saúde da Família

Os profissionais que atuam na USF e que compõem o NASF entendem que a responsabilização consiste na execução de programas governamentais verticalmente direcionados as linhas de cuidado, no cumprimento da programação e procedimentos agendados que envolvem assistência realizada pelo trabalhador de saúde, individualmente, como também pela equipe com o desenvolvimento de ações individuais e coletivas, tais como: realização de palestras, reuniões em equipe e com a comunidade, visitas domiciliares, sala de espera, elaboração de relatórios, realização de consultas e encaminhamentos dos usuários pelos demais serviços do sistema, representadas na figura 5.

No que se refere à assistência a demanda espontânea, a responsabilização é compreendida pelo reconhecimento da demanda que levou o usuário ao serviço, e com base nessa identificação, o trabalhador individualmente conduz a decisão da oferta com base no cardápio disponível no serviço. Para alguns casos, como por exemplo, marcação de exames,

consultas e realização de procedimentos, alguns usuários eram orientados a retornar a unidade nos dias programados para essas marcações, como também para os demais serviços, para verificar a disponibilidade de recursos materiais e humanos na unidade.

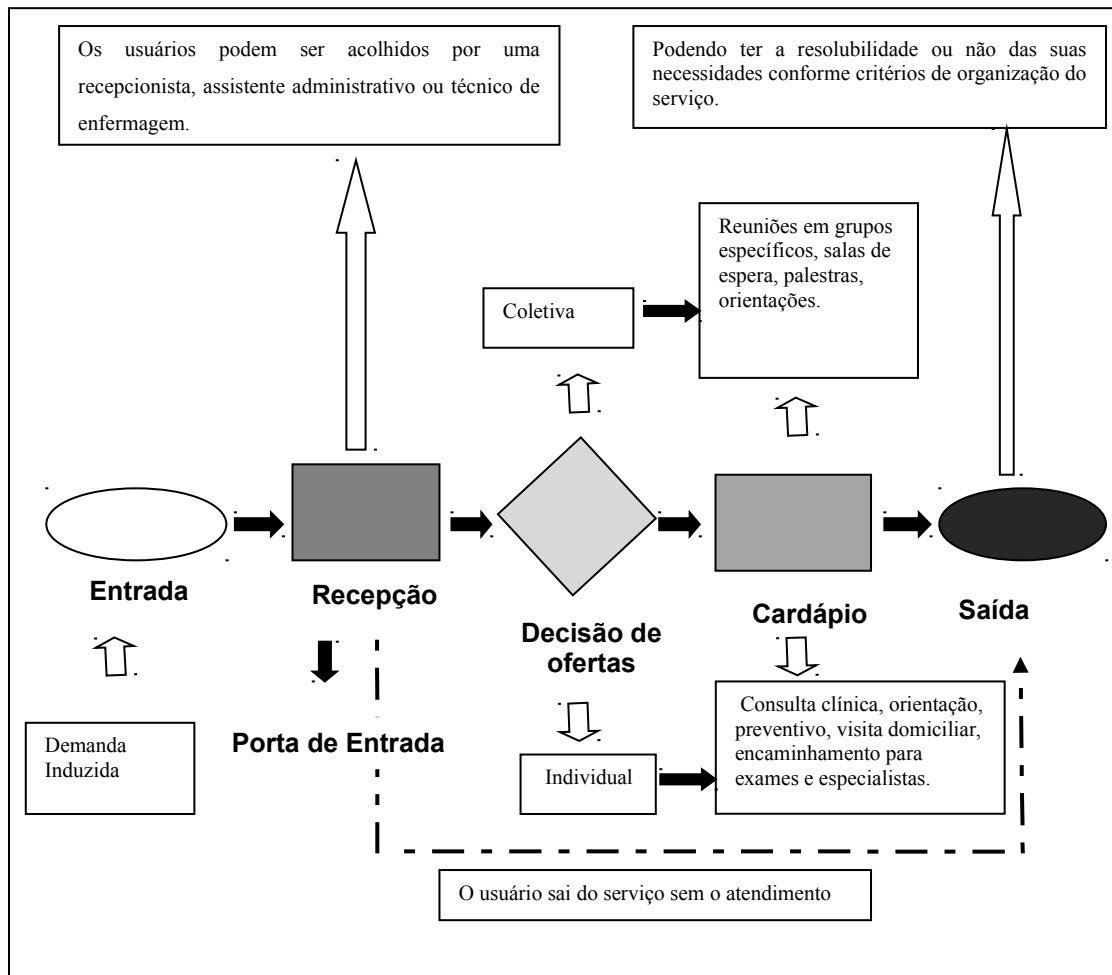


Figura 4: Fluxograma que representa a entrada da demanda induzida na Unidade de Saúde da Família

As convergências das falas dos entrevistados denotam que a responsabilização é compreendida pelo desenvolvimento de práticas em saúde, realizadas em eventos coletivos e ações sociais, a exemplo das feiras, eventos e caminhadas de saúde realizadas em datas específicas.

Através das observações sistemáticas, infere-se que o enfermeiro, dentre os trabalhadores que realizam consultas, é o trabalhador que atua mais próximo da comunidade, acolhe os usuários e retira dúvidas mesmo em momentos diferentes das consultas ou reuniões

em grupo. No entanto, percebem-se em várias unidades que os profissionais odontólogos e médicos ainda permanecem, quase no período integral de seu trabalho, no consultório, e após a realização das consultas os mesmos não permanecem na unidade, o que dificulta a articulação entre eles e os outros membros da equipe.

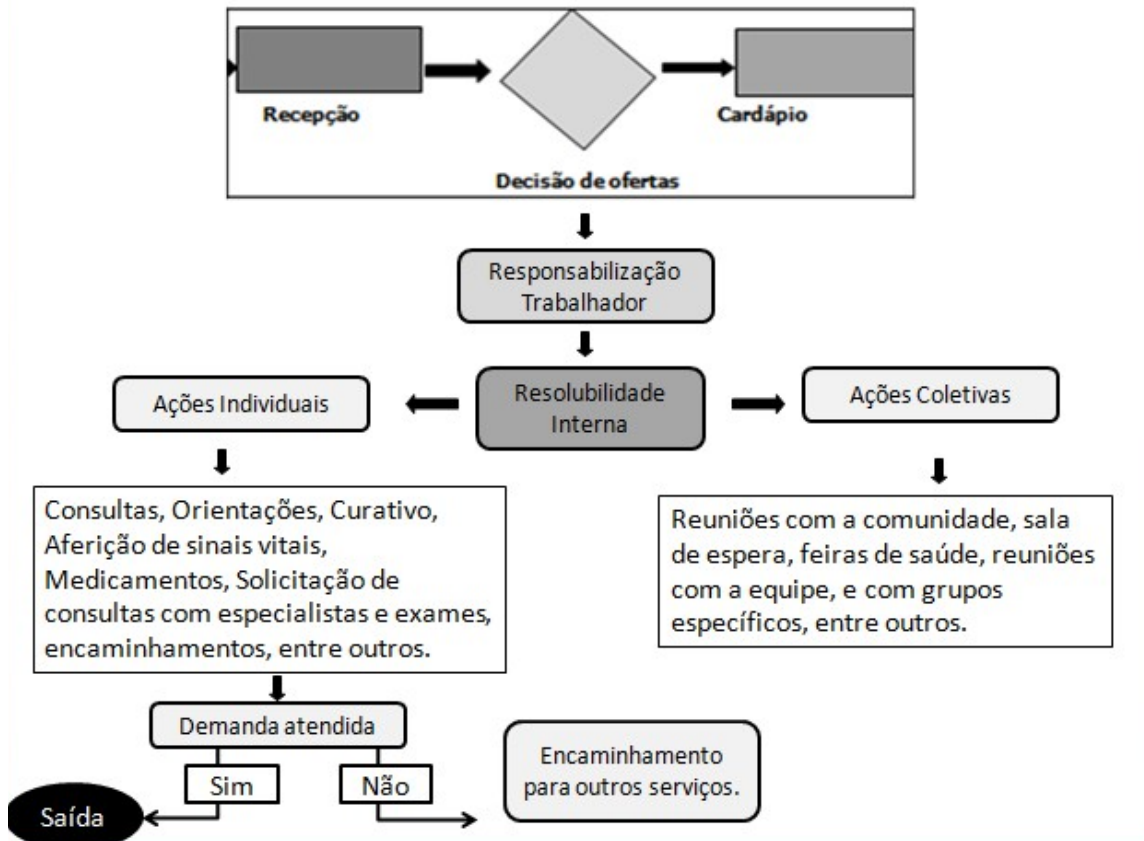


Figura 5: Fluxograma que representa a responsabilização do trabalhador na Unidade de Saúde da Família

A responsabilização também é entendida pelos trabalhadores como a resolução de demandas oriundas do gabinete da Secretaria de Saúde. Como consequência, temos ações direcionadas apenas ao cumprimento de ordens, sem o devido acompanhamento do itinerário percorrido pelo usuário, associadas à descontinuidade da atenção, descompromisso e baixa capacidade de resolubilidade dos problemas das pessoas.

Responsabilização da equipe com os encaminhamentos a outros serviços

A responsabilização é compreendida pela realização de encaminhamento de demandas que não tiveram resolubilidade na unidade para outros serviços, situação representada na

figura 5, e para alguns trabalhadores esse direcionamento a outras instâncias do sistema, já é interpretado como garantia de resolução das necessidades em saúde.

Observa-se, porém, que o grande número de encaminhamentos dos usuários para os serviços de atendimento à urgência e emergência, pode estar associado à organização do trabalho na unidade e não à necessidade do usuário.

Como exemplo disso, destaca-se uma situação vivenciada em uma das unidades pesquisadas, a busca de uma usuária pelo serviço para o atendimento de uma criança com aproximadamente três anos de idade, que segundo a usuária, apresentava sinais de febre. No referido momento, estavam presentes na unidade o médico e o enfermeiro, porém, não foram solicitados para avaliar o quadro, e sem a realização de avaliação e intervenção, aquela usuária foi orientada pela recepcionista a levar a criança para a policlínica mais próxima, que atende às urgências/emergências.

Essa situação, só reflete a inadequação da responsabilização e do acolhimento realizados nos serviços de saúde, expressos na prática limitada, associada à ausência de uma escuta qualificada e pouco responsiva, podendo inclusive, colocar em risco a vida de muitas pessoas.

Esse ocorrido acima descrito, só favorece a perpetuação do *sensu comum*, que define os locais de atendimento à urgência/emergência, onde todos os problemas agudos podem ser resolvidos.

A responsabilização não se constitui apenas pelo encaminhamento do usuário a demais instâncias do sistema, envolve também o compromisso assumido em acompanhar todo o trajeto percorrido pelo indivíduo, possibilitando a longitudinalidade e continuidade do cuidado com garantia dos fluxos e contrafluxos até a resolução ou não da sua demanda em saúde. Antes de realizar o encaminhamento, todas as possibilidades viáveis e disponíveis no serviço devem ser esgotadas.

As EqSF de saúde, através do acolhimento e da identificação adequada da demanda, deveriam diminuir as demandas dos outros pontos da Rede de Atenção a Saúde (RAS), reduzindo, os encaminhamentos que na grande maioria são considerados desnecessários, e os atendimentos nos serviços de maior densidade tecnológica, como: Unidade de Pronto Atendimento (UPA), policlínicas e hospitais, uma vez que, só deveriam encaminhar para esses serviços usuários em situações para as quais não houvesse resposta na “porta de entrada” do sistema de saúde.

Porém, há convergências nas falas dos entrevistados no que se referem às dificuldades encontradas pelos trabalhadores da Atenção Básica, em garantir a resolubilidade. Eles referem ser insuficiente a quantidade de serviço ofertado para suprir as demandas da comunidade. Enfatizam que a EqSF atende a um número excessivo de população adscrita, superior a quantidade estabelecida pelo Ministério da Saúde (MS). Destacam as condições precárias de trabalho como falta de recursos, baixos salários e alta rotatividade. Referem também, a baixa eficácia dos protocolos de referência e contrarreferência, não tendo o suporte de outros pontos na rede de serviço para a realização de cuidados complementares, entre outros.

Algumas falas, de forma complementar, destacam a falta de apoio e o distanciamento dos dirigentes da SMS, o que para eles prejudicam o andamento do atendimento. Destacam também que, se sentem incapazes diante de problemas presentes na unidade como demandas coletivas, falta de medicação, de materiais, impossibilitando a continuidade do atendimento, e também que, a equipe sente-se insatisfeita com essas condições de trabalho, revelando um sentimento de indignação quando se depara com o sofrimento do usuário e não consegue agir.

A partir dessas informações, compreendemos que os trabalhadores reconhecem o limite da capacidade resolutiva da estratégia e que a responsabilização pelas demandas dos usuários não depende apenas do trabalhador em si, uma vez que existem outros determinantes do sistema para que possa ocorrer de fato.

Discussão

A utilização do fluxograma analisador permitiu a visualização dos espaços percorridos na unidade pelo usuário que busca o serviço de saúde, possibilitando a identificação e a análise de como a responsabilização é desenvolvida pelo trabalhador e pela equipe de saúde no seu ambiente de trabalho, no que se refere à assistência prestada a demanda induzida, espontânea, aguda, não-aguda, individual e coletiva.

Observa-se que a organização do serviço é direcionada principalmente, para o atendimento a demanda programada ou induzida, voltada para linhas de cuidado, usuários cadastrados que se confronta diariamente com as demandas espontâneas das pessoas, exceto em situações de urgência. O atendimento direcionado a essas demandas é burocratizado com definição de horários, avaliação do trabalhador, quantitativo de vagas e dias específicos para o atendimento.

As ações voltadas quase que exclusivamente para a demanda programada associadas à demanda reprimida revelam necessidades de mudança na organização dos processos de trabalho com responsabilização, em que o comprometimento da equipe, se faz necessário, na busca pela resolução dos problemas de saúde e pela garantia do acesso dos usuários às tecnologias necessárias nos demais pontos do sistema para resolver as necessidades de saúde^{2,3,10,11,20,21,22}.

A responsabilização assumida pelos trabalhadores e pela equipe está restrita às práticas tradicionais, que preconizam o atendimento individualizado, que reduzem os problemas de saúde às enfermidades, cuja solução resume-se a solicitação de exames, procedimentos e atendimentos especializados. Complementa-se ainda, que através das observações percebe-se que os trabalhadores da saúde conduzem a grande parte de suas práticas, individualmente, centrada em ações pontuais, focada na consulta^{8, 17}, e pouco resolutiva, assim como apresentado no estudo²⁷ que a responsabilização do cuidado não é desenvolvida em equipe, e sim, centrada em alguns profissionais.

Enfatiza-se que a responsabilização pela demanda espontânea deve extrapolar a assistência que é realizada no momento de agudização, pois algumas demandas identificadas inicialmente como espontâneas, nem sempre são resolvidas no primeiro contato, podendo inclusive necessitar da continuidade do cuidado e para isso, a equipe por meio do acolhimento realizado na “porta de entrada” do serviço, precisa identificar as reais necessidades do usuário para então elaborar formas de intervenção, no intuito de resolver ou minimizar os problemas de saúde apresentados.

No momento do encontro¹ entre o usuário e a equipe deveria haver a melhor escuta possível, no sentido de compreender quais as necessidades que se apresentam por trás das demandas. Por esse motivo, enfatiza-se que é insuficiente restringir a atenção à demanda espontânea a momentos específicos, como no fim do turno de atendimento, avaliação do trabalhador ou pela orientação a esse usuário para retornar ao serviço em dias determinados. Como retrata outro estudo⁵, que mesmo os usuários que apresentam febre ou dor, antes de serem atendidos, são submetidos ao número de vagas disponíveis e horários determinados.

Ressalta-se que uma organização burocrática na “porta de entrada” do serviço dificulta o acesso levando a população a procurar os serviços de urgência e emergência para solucionar as suas necessidades imediatas, mesmo tendo uma USF próxima à sua residência. Isso reforça o modelo de atendimento que se baseia na resolução somente de problemas pontuais, sem promover vínculos e responsabilização efetiva¹⁹ com o usuário e famílias.

Pode-se inferir também, nas representações das falas, a presença de ações descompromissadas, expressadas em encaminhamentos aos demais serviços do sistema de saúde, sem o devido acompanhamento do itinerário percorrido pelo usuário no sistema de saúde, que não garantem a continuidade do cuidado pela rede de atenção à saúde. O que contradiz os trabalhos^{1,12} que ressaltam que, a responsabilidade do trabalhador de saúde deve está relacionada também com a garantia de acesso que é dada aos usuários ao uso das

tecnologias necessárias para a resolução dos problemas de saúde, com longitudinalidade^{14, 20} da atenção à pessoa.

Compreende-se que a prestação do cuidado resulta também de responsabilidades compartilhadas e articuladas,^{25,26} entre os sujeitos (dirigentes, trabalhadores de saúde e usuários) envolvidos nesse processo. Considera-se dessa maneira, a impossibilidade dos trabalhadores em assumirem a responsabilidade pelas necessidades dos usuários sem o apoio dos dirigentes, pois considera-se que o distanciamento da Secretaria Municipal de Saúde prejudica o andamento do atendimento, o que atinge sobretudo a população, já que é na individualidade do sujeito que recaem os maiores prejuízos²⁶.

Considerações Finais

No que concerne à organização da USF, observa-se que, está embasada na demanda programada com atendimentos a grupos específicos e prioritários, definidos a partir do perfil epidemiológico da população e é caracterizada pela reserva de vagas e pela organização das agendas dos trabalhadores para assistir aos usuários cadastrados.

Em relação à atenção prestada às demandas espontâneas, os dados revelam que a maioria desse atendimento é realizada quando existe urgência no caso. Dados evidenciados em estudo⁴ destacam que a assistência prestada à demanda espontânea, na porta de entrada do serviço, tem sido orientada pela lógica do atendimento da demanda aguda.

Ressalta-se que em nenhum momento durante o estudo verificou-se como acontece o atendimento as demandas espontâneas coletivas, o que leva-nos a refletir sobre tal possibilidade e a constatar a inviabilidade de tal fato diante da organização do atendimento a esse tipo de demanda, pautada do individualismo do sujeito.

Na responsabilização assumida pelos trabalhadores e pela equipe de saúde, percebe-se a ausência de práticas articuladas e comprometidas, com ênfase nas necessidades de saúde dos indivíduos, visando alcançar maior efetividade e qualidade na resolubilidade.

Os resultados encontrados trazem a percepção de ausência de trabalho em equipe, reflexo de um contexto em que cada trabalhador exerce sua prática de forma isolada, desarticulada, direcionada quase que exclusivamente as demandas induzidas, que potencializa o conceito fragmentado do atual sistema de saúde e a desresponsabilização, já que cada um cumpre apenas sua função e ninguém se responsabiliza pelo todo o que contribui para o estabelecimento da fragmentação do cuidado.

Enfim, se faz necessário a compreensão que a responsabilização se concretiza nas ações de todos os sujeitos envolvidos, associada a serviços de saúde interligados compondo desta forma uma rede articulada com garantia do cuidado continuado aos usuários. Para tanto, as práticas dos sujeitos supracitados devem incorporar a responsabilização para o desenvolvimento das práticas de saúde, a partir da articulação entre os membros da equipe com vistas à resolubilidade efetiva das necessidades de saúde das pessoas.

Referências

1. Cecílio, LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, Abrasco; 2001. p.113-126.
2. Assis, MMA, Nascimento MAA, Franco TB, Jorge MSB, organizadores. *Produção do cuidado no programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários*. 1ª Edição. Salvador: EDUFBA; 2010.
3. Mendes, EV. *As redes de atenção à saúde*. 2ª Edição. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde; 2011.
4. Friedrich DBC, Pierantoni CR. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. *Physis* 2006; 16(1): 83-97.

5. Santana ML. Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba. *Rev. bras. med. fam. comunidade* 2011; 6(19): 133-141.
6. Assis MMA, Abreu-Jesus WL. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. saúde coletiva* 2012; 17(11): 2865-2875.
7. Santos AM, Giovanella L, Mendonça MHM, Andrade CLT, Martins MIC, Cunha MS. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. *Ciênc. saúde coletiva* 2012; 17(10):2687-2702.
8. Pinto AGA, Vasconcelos MGF, Sampaio JJC, Lima GP, Bastos VC, Sampaio HAC. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciênc. saúde coletiva* 2012;17(3): 653-660.
9. Tesser CD, Campos GWS, Poli NP. Acolhimento, (des) medicalização social e gestão do cotidiano em equipes de saúde da família. In: Tesser CD, organizador. *Medicalização social e atenção à saúde no SUS*. São Paulo: Hucitec; 2010. p.131-150.
10. Santos AM, Assis MMA. *Saúde bucal: da fragmentação à integralidade*. Feira de Santana: UEFS; 2010.
11. Santos IMV, Santos AM. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. *Rev. salud pública* 2011; 13(4):703-16.
12. Oliveira MA, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev. bras. enferm* 2013; 66(esp):158-64.
13. Serra CG, Rodrigues PHA. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. *Ciênc. saúde coletiva* 2010;15(3):3579-3586.
14. Ministério da Saúde (MS). *Histórico de cobertura da Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

15. Assis MMA, Jorge MSB. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: Santana JSS, Nascimento MAA, organizadores. *Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social*. Feira de Santana: UEFS; 2010. p.139-159.
16. Merhy EE, Chakkour M, Stéfano E, Stéfano ME, Santos CM, Rodrigues RA, et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 3ª edição. São Paulo: Hucitec; 2007. p.113-150.
17. Franco TB, Merhy EE. A Produção Imaginária da Demanda e o Processo de Trabalho em Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. 2ª edição. Rio de Janeiro: UERJ, Abrasco; 2010; 185-195.
18. Faria RC, Campos EMS. Demanda Espontânea na Estratégia de Saúde da Família: uma análise dos fatores que a influenciam e os desafios na reorientação do modelo assistencial do SUS. *Rev. APS* 2012; 15(2):148-157.
19. Oliveira LH, Mattos RA, Souza AIS. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Ciênc. saúde coletiva* 2009; 14(5):1929-1938.
20. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
21. Santos, AM. *Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista, Bahia: desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde* [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2013.

22. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Sousa FSP, Cavalcante CM. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, coresponsabilização e autonomia. *Ciênc. saúde coletiva* 2011; 16(7):3051-3060.
23. Giovanella L, Escorel S, Mendonça, MHM. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. *Saúde debate* 2003; 27(65):278-289.
24. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Educação Interprofissional: treinamento para profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco em usuários. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2013; 47(4): 977-983.
25. Campos GWS. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Ciênc. saúde coletiva* 2010; 15(5):2337-2344.
26. Cecílio LCO. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface comun. saúde educ* 2009; 13(1):545-555.
27. Amorim ACCLA, Assis MMA, Santos, AM, Jorge MSB, Servo, MLS. Practices of the family health team: advisors of the access to the health services? *Texto & contexto enferm* 2014; 23(4):1077-1086.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise e discussão dos resultados desse estudo permitem afirmar que a responsabilização ainda não é identificada pelo trabalhador ou pela equipe de saúde como uma ferramenta essencial na realização de suas práticas, capaz de promover mudanças na organização do processo de trabalho em saúde, com potencial de ampliar as práticas de cuidado e o relacionamento entre estes e usuários, sendo, portanto, considerado um dispositivo importante para o alcance de práticas integrais.

A percepção acima descrita é justificada pela identificação da inadequação na organização dos serviços de saúde nas USF pesquisadas, no que concerne ao atendimento das demandas dos usuários. A organização dos serviços de saúde nas unidades está embasada na demanda programada com atendimentos a grupos específicos e prioritários, definidos a partir do perfil epidemiológico da população e é caracterizada pela reserva de vagas e pela organização das agendas dos trabalhadores para assistir aos usuários cadastrados.

Em relação ao atendimento à demanda espontânea, os dados evidenciam que a atenção a esse tipo de demanda tem sido orientada pela lógica da demanda aguda, ou seja, só é realizada quando existe urgência no caso e quando as referidas demandas não são ou não podem ser atendidas na unidade, algumas são referenciadas, e outras recebem a orientação para procurar outro serviço que atenda a sua necessidade.

Tal lógica, só reflete a inadequação da responsabilização nos serviços de saúde, expressa na prática limitada e pouco resolutiva para responder às demandas das pessoas, que conseqüentemente, resultam na dificuldade de aproximação e criação de vínculos entre trabalhadores e usuários.

Apesar da proposta do trabalho de equipe ser compreendida como uma possível estratégia de mudança do atual modelo de saúde. Destaca-se, portanto, a incipiência do trabalho em equipe, pois a responsabilização pelas demandas dos usuários é assumida pelo trabalhador de forma pontual, individualizada e desarticulada das demais ações desenvolvidas pelos outros trabalhadores que compõem a equipe de saúde.

Contudo, a partir desse estudo que centraliza a responsabilização como objeto de análise, coloca-se a possibilidade de reflexões e discussões, por meio dos resultados apresentados, que o desafio consiste em restabelecer uma nova prática de saúde, que seja centrada no estímulo à promoção da saúde, prevenção e resolubilidade das demandas de saúde das pessoas, com responsabilização compartilhada entre os níveis de atenção e um trabalho em equipe.

7. REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, R.A et al. Produção do cuidado integral no pré-natal: itinerário de uma gestante em uma unidade básica de saúde da família. **Interface (Botucatu)**. vol.15, n.38, p. 677-686, set. 2011.

ANTONACCI, M.H. et al. Estrutura e fluxo da rede de saúde como possibilidade de mudança nos serviços de atenção psicossocial. **Rev. Esc. Enferm.** USP, vol.47, n.4, p. 891-898, fev. 2013.

AMORIM, A.C.C.L.À.; ASSIS, M.M.A.; SANTOS, A.M. dos. Vínculo e responsabilização como dispositivos para produção do cuidado na estratégia saúde da família. **Rev. Baiana Saúde Pública**; Salvador. vol. 38, n.3, p. 539-554, jul.-set. 2014. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/432>>. Acesso em: 08 fev. 2015.

ARCE, V.A.R.; SOUSA, M.F.de. Integralidade do cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal. **Saúde soc.** São Paulo, vol.22, n.1, p. 109-12, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902013000100011&script=sci_arttext>. Acesso em: 03 ago. 2014.

ARAÚJO, M.B. S.; ROCHA, P. M. Saúde da família: mudando práticas? Estudo de caso no município de Natal (RN). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.14, supl.1, p. 1439-1452, set.-out. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/11.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2013.

ARONA, E.C. Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, vol.18, supl.1, p. 26-36. 2009.

ASSIS, E.G. de et al. A coordenação da assistência no controle da tuberculose. **Rev. esc. enferm.** São Paulo, vol.46, n.1, p. 111-118, fev. 2012.

ASSIS, M.M.A. **Acesso com qualidade aos serviços de saúde na Estratégia Saúde da Família em dois cenários da Bahia**. 2011. 62f. Projeto de pesquisa. Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde. Universidade Estadual de Feira de Santana-BA.

ASSIS, M. M. A.; ASSIS, A.A.; CERQUEIRA, E. M. Atenção Primária e o Direito à Saúde: algumas reflexões. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 32, n. 2, p. 297-303, maio - ago. 2008.

ASSIS, M.M.A., et al. Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a Estratégia Saúde da Família: construção política metodológica e prática. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 10, n.2 p. 189-199, jul.-dez. 2007.

ASSIS, M.M.A. et al (orgs). **Produção do cuidado no programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. 1. ed. Salvador: EDUFBA, 2010.

ASSIS, M.M.A.; JORGE, M.S.B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa no campo da saúde. In: SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. (Org.). **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana, BA: UEFS Editora, 2010. p. 139-159.

ASSIS, M.M.A. et al. Cuidado integral em saúde: dilemas e desafios da Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília. vol.68, n.2, p. 333-338, mar.- abr. 2015.

ASSIS, M.M.A.; VILLA, T.C. S; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n.3, p. 815-823, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17462.pdf>> Acesso em: 14 jun. 2014.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, set./2003- fev./2004.

AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo. v. 18, supl. 2, p. 11-23, abr.-jun. 2009.

BAIÃO, B. de S. et al. Acolhimento humanizado em um posto de saúde urbano no Distrito Federal, Brasil. **Rev. APS**, Juiz de Fora, vol.17, n. 3, p. 291 - 302. set. 2014. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-737670>>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

BARALDI, S.; CAR, M. R. O sentido do trabalho em um projeto de formação de profissionais de enfermagem. **Rev. esc. enferm.** São Paulo, vol.40, n.4, p. 555-562. dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a14.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2014.

BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 1989.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretriz e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 de junho. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde- CNES**. Secretaria de Atenção a Saúde. DATASUS. 2014. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>> Acesso em: 26 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**, Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p.110. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 20 de jan de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília/DF: Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html Acesso: 06 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1866 GM/MS, de 18 de dezembro de 1997**. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/21_Portaria_1886_de_18_12_1997.pdf>. Acesso: 06 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretriz para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde

(SUS). Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso: 13 de jun. 2015.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segunda as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 08, n. 2, p. 569-584, 2003.

CAMURI, D.; DIMENSTEIN, M. Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**. São Paulo. vol.19, n.4, p. 803-813, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/08.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2014.

CANADÁ. Carta de Ottawa. **Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde**. Ottawa; 1986.

CASANOVA, A.O.; TEIXEIRA, M.B.; MONTENEGRO, E. O apoio institucional como pilar na cogestão da atenção primária à saúde: a experiência do Programa TEIAS - Escola Manguinhos no Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.19, n.11, p. 4417-4426. 2014.

CAVALCANTE, M.V.S.; LIMA, T.C.S. A precarização do trabalho na Atenção Básica: relato de experiência. **Argumentum**, Vitória (ES), v.5, n.1, p.235-256, jan.-jun. 1013. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/3585/4109>>. Acesso em: 20 abr. 2014.

CAVINI P.N. **Sobre família e saúde mental: as representações de profissionais da estratégia saúde família (ESF)**. [dissertação]. Instituto de USP. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. São Paulo. 2012. 83 p.

COÊLHO, B.P. **A reformulação da clínica a partir de diretrizes para atenção e gestão na saúde: subjetividade, política e invenção de práticas**. [Tese] Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2012. 178p.

COSTA M; A.R.; CAMBIRIBA M. da S. Acolhimento em enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v.9, n.3, p. 494-502, jul.-set. 2010.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W. de S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo. vol.20, n.4, p. 961-970, out.-dez. 2011.

FEIRA DE SANTANA-BA. Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana. Atenção Básica de Saúde. **RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**. Feira de Santana/BA, 2013, 199p.

FEIRA DE SANTANA-BA. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017**. Feira de Santana/BA, 2014. 75p

FERRI, S.M.N. et al. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface**. Botucatu, vol.11, n.23, p. 515-529, set.-dez. 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.org/pdf/icse/v11n23/a09v1123.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2014.

FIORAMONTE, A. et al. Cuidado à pessoa com transtorno mental e sua família: atuação do enfermeiro na ESF. **Ciênc. cuid. Saúde**, Maringá, vol.12, n.2, p. 315-322, abr.-jun. 2013.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. M. **Gestão de redes**: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV editora; 2007.

FONTANELLA B.J.B.; RICAS J.; TURATO E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24 n.1 p.17-27, jan., 2008.

FORTUNA, C.M.; O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades. Em busca do desejo, do devir e singularidades. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP**; 1999.

FORTUNA, C. M. et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.13, n.2, p. 262-268, mar.-abr, 2005.

FRANCO T.B, MERHY E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p.53-124.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M. H. M. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 278-289, set.-dez. 2003. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/PortaEntrada.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2014.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M. H. M. Estudo de caso sobre implementação as Estratégia Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. **Relatório Final Aracaju**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

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

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.. Atenção primária à saúde no Brasil. In: SMC Alves; MC Delduque; N Dino Neto. (Org.). **Direito Sanitário em Perspectiva**. 1ed. Brasília: ESMPU / Fiocruz, 2013, v. 2, p. 115-146.

GOMES M.C.P.A., PINHEIRO R. Acolhimento e vínculo: praticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface**. Botucatu. vol. 9, n.17, p. 287-301, ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a06>>. Acesso em: 23 abr. 2014.

GONÇALVES RBM. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.

GOTTEMS, L.B.D.; PIRES, M.R.G.M. Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.18, n.2, p. 189-198, abr.-jun. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativa populacional brasileira 2010**. Disponível em:<www.ibge.gov.br>. Acesso em: 12 de out 2012.

JORGE, M. S. B. et al. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.7, p. 3051-3060, jul. 2011.

LIMA, A.I.O. et al. O desafio da construção do cuidado integral em saúde mental no âmbito da atenção primária. **Revista da sociedade brasileira de psicologia**, Ribeirão Preto, vol.21, n.1, p. 71-82. 2013.

LIMA, L.L.; MOREIRA, T.M. M; JORGE, M.S.B. Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização. **Rev. bras. enferm.** Brasília. vol. 66, n.4, p. 514-522, jul.-ago. 2013.

LOPES, G.V.D.O. et al. Acolhimento: quando o usuário bate à porta. **Rev. bras. enferm.** Brasília. vol. 67, n.1, p. 104-110. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n1/0034-7167-reben-67-01-0104.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2014.

MACHADO, M.F.A.S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 335-342, mar.-abr. 2007.

MAGANHA, C. Como uma equipe multidisciplinar (NASF) se insere/apoia outra equipe multidisciplinar (ESF). Esp. em Saúde Mental. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul, IFRS, Brasil. 2014.

MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M. **Fundamentos da metodologia científica**. 6ª ed. 7ª reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.

MARTINS, C.C. **Análise do processo em unidades básicas de saúde em Minas Gerais tendo por preferência o plano diretor da atenção primária à saúde**. [Tese]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2012. 164 p.

MATUMOTO, S. et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface**. Botucatu, vol.9, n.16, p. 9-24, set.2004/fev.2005.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2 ed. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde; 2011.

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, 1997. p. 71-112.

MERHY, E.E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar modelos de atenção. In: MERHY, E.E. et al. **O Trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano**. 3 ed. São Paulo: Hucitec. 2006, p. 296.

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

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 26 a. Ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MULLER C.P., ARAÚJO V.E., BONILHA A.L.L. Possibilidade de inserção do cuidado cultural congruente nas práticas de humanização na atenção à saúde. *Rev. Eletr. Enf. Goiás*. vol. 9, n. 3, p. 858-65. 2007.

OLIVEIRA M.A, PEREIRA I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Bras. Enfermagem**. Brasília. vol. 66 (esp), p.158-64, set. 2013.

PAIM, J.S. **Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

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

PEDUZZI M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO R., BARROS M. E. B., MATTOS R. A. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, p. 161-177. 2007.

PEDUZZI, M. et al. Educação Interprofissional: treinamento para profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco em usuários. **Revista da Escola de Enfermagem**. USP, São Paulo, v.47, n.4, p. 977-983, ago. 2013.

PEREIRA, M.J.B. **O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar: potência para (re) construção da prática de saúde e de enfermagem** [Tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2001.

PEREIRA, M.J.B. et al. A assistência domiciliar: conformando o modelo assistencial e compondo diferentes interesses/necessidades do setor saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol.13, n.6, p. 1001-1010, nov.-dez. 2005.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 65-112.

PINTO, A.G.A. et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. vol.17, n.3, p. 653-660, mar. 2012.

PUCINI, P. de T. et al. Concepção de profissionais de saúde sobre o papel das unidades básicas nas redes de atenção do SUS/Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p. 2941-2952, nov. 2012.

RABELO, J.L. RIVELLI M. do R. N.; SIMÕES, W.M.B. Os dispositivos da clínica e as redes de atenção à saúde no enlaço de um caso clínico de saúde mental. **CliniCAPS**. Minas Gerais, vol. 13, p.1-13, jan- abr. 2011. Disponível em: < <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/psi-49353>> Acesso em: 09 ago. 2014.

REIS, C. B.; ANDRADE, S. M. O.; da CUNHA, R. V. Responsabilização do outro: discursos de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre ocorrência de dengue. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.66, n.1, p.74-78, jan.-fev. 2013.

REIS, M.A.S. dos. et al. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface**. Botucatu. vol.11, n.23, p. 655-666, set.-dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300022>. Acesso em: 16 set. 2014.

SANTANA, M.L. Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba. **Rev. bras med fam comunidade**. v.6, n.19, p.133-41, abr.-jun. 2011. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/163/315>>. Acesso em: 23 ago. 2014.

SANTOS, A.M. **Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia):** desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde [Tese]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública, 2013. 333p.

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

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

SANTOS, A.M. et al. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. **Ciênc. saúde coletiva**. vol.17, n.10, p.2687-2702, out. 2012.

SCHEIBEL, A.F.; HECKER, L. Acolhimento no CAPS: reflexões acerca da assistência em saúde mental. **Rev. Baiana de Saúde Pública**. Salvador. vol. 3, n.4, p. 966-983, out.-dez. 2011.

SILVA JÚNIOR, A. G.; ALVES, C. A.; MELLO ALVES, M. G. M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Abrasco, p.65-112, 2005.

SOUZA, C. R.; BOTAZZO, C. Construção social da demanda em saúde. **Physis**. Rio de Janeiro, vol.23, n.2, p. 393-413. abr.-jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312013000200005&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 ago. 2014.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/ MS, 2002.

TAKEMOTO M.L. S.; SILVA E.M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas. **Cad. Saúde Pública**. São Paulo. Vol. 23, n.2, p. 331-40, fev. 2012.

TEIXEIRA, C.F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 257-27, set.-dez. 2003. Disponível em: < <http://books.scielo.org/id/f7/pdf/teixeira-9788523209209-03.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2014.

TEIXEIRA, M.C.B. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.11, n.1, p. 45-51, jan.-mar. 2006.

TESSER, C.D.; CAMPOS, G.W.S.; POLI NETO, P. Acolhimento, (des) medicalização social e gestão do cotidiano em equipes de saúde da família. In: TESSER, C.D. (Org.). **Medicalização social e atenção à saúde no SUS**. São Paulo: HUCITEC, 2010. p.131-150.

VALENTIM, I. V. L.; KRUEL, A. J. A importância da confiança interpessoal para consolidação do Programa de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p.777-778, maio - jun., 2007.

VANDERLEI, M.I.G.; ALMEIDA, M.C.P. de. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.12, n.2, p. 443-453, mar.-abril 2007.

VECCHIA, M.D.; MARTINS, S.T.F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.14, n.1, p. 183-193, jan.-fev. 2009.

VIEGAS, S.M. da F. et al. O cotidiano da assistência ao cidadão na rede de saúde de Belo Horizonte. **Physis**. Rio de Janeiro. vol.20, n.3, p.769-784. 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4008/400838228005.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2014.

ANEXOS

Por meio desse roteiro para entrevista semiestruturada com os dirigentes do SUS pode-se identificar como estes assumem a responsabilização pelas demandas de saúde dos usuários que utilizam os serviços de saúde.

ANEXO A

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

(DIRIGENTES DO SUS MUNICIPAL)

1. Dados de Identificação:

Código do entrevistado: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Local de trabalho: _____

Formação profissional: _____

Tempo de formação: _____

Qualificação profissional: _____

Trajetória profissional: _____

Tempo que atua como dirigente _____

Outro(s) vínculo(s) empregatício(s): _____ Qual (is)? _____

2. Roteiro temático:

2.1 Resolubilidade da atenção

- ✓ Planejamento das ações – etapas do planejamento (organização, coordenação e avaliação): Nível central da Secretaria Municipal de Saúde (Coordenação da atenção básica); na Estratégia de Saúde da Família;
- ✓ Sistema de atendimento na USF e na rede de atenção (consultas agendadas, critérios de marcação de consultas, atendimento de urgência e emergência, exames complementares, especialidades clínicas, cirurgias, tratamentos específicos, etc.);
- ✓ Encaminhamento para outros serviços: o sistema de regulação no município: oferta X demanda; referência e contrarreferência;
- ✓ Definição do projeto terapêutico: responsabilização (como e quem);
- ✓ Postura do dirigente em relação às demandas dos usuários e vice-versa.
- ✓ Processo e dinâmica do cuidar na/da enfermagem e suas articulações com outras práticas.

2.2 Resolubilidade nas linhas de cuidado

- ✓ Assistência farmacêutica: acesso ao medicamento e à informação sobre o uso racional;

- ✓ Saúde da mulher: prevenção, diagnóstico, encaminhamento e tratamento de câncer de colo de útero;

2.3 Articulações estabelecidas entre os sujeitos sociais (dirigentes, equipe de saúde e de enfermagem, unidades de referência e núcleos de apoio)

- ✓ Articulações entre os dirigentes do SUS e a equipe da ESF, a equipe de enfermagem, unidades de referência e os núcleos de apoio (NASF, CAPS, academias da saúde, UPA, Policlínicas, etc.)
- ✓ Integração do dirigente, equipe e usuários: participação e mobilização social, relacionamento interpessoal e espaços de escuta formais e informais;

2.4 Outros comentários:

A utilização desse roteiro para entrevista com os trabalhadores possibilitou reconhecer qual a compreensão que os referidos têm sobre a responsabilização no desenvolvimento de suas práticas de saúde.

ANEXO B

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA (TRABALHADORES DA SAÚDE)

1 Dados de Identificação:

Código do entrevistado: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Unidade de Saúde: _____

Formação profissional: _____

Tempo de formação: _____

Qualificação profissional: _____

Tempo que trabalha na Unidade de Saúde da Família: _____

Tempo que atua nesta equipe: _____

Outro(s) vínculo(s) empregatício(s): _____ Qual (is)? _____

2 Roteiro temático:

2.1 Resolubilidade da atenção a saúde

- ✓ Porta de entrada do serviço (quem e como);
- ✓ Critérios para o atendimento das demandas individuais (consultas, exames, procedimentos, medicamentos, tratamentos específicos, orientações, informações, entre outros.) e coletivas (palestras, sala de espera, orientações, informações, entre outras.);
- ✓ Oferta *versus* demanda (espontânea, induzida, programada e reprimida);
- ✓ Sistema de atendimento na USF e na rede de atenção (consultas agendadas, critérios de marcação de consultas, atendimento de urgência e emergência, exames complementares, especialidades clínicas, cirurgias, tratamentos específicos, etc.);
- ✓ Encaminhamento para outros serviços: o sistema de regulação no município: oferta X demanda; referência e contrarreferência;
- ✓ Definição do projeto terapêutico: responsabilização (como e quem).

2.2 Produção do cuidado em saúde e enfermagem

- ✓ Atenção às demandas internas (linhas de cuidado: saúde da mulher, criança e adolescente, adulto, idoso, saúde bucal, entre outros);
- ✓ Núcleo comum de atenção dos trabalhadores em relação ao usuário e núcleos específicos de intervenção;
- ✓ Articulação das práticas de enfermagem com a equipe;
- ✓ Acolhimento da demanda e articulações com as diferentes práticas na ESF, núcleos de apoio e na rede de saúde;
- ✓ Atuação da equipe de saúde e da enfermagem na produção do cuidado e no processo de responsabilização;
- ✓ Postura da equipe de saúde e da enfermagem em relação às demandas dos usuários e vice-versa;
- ✓ Processo e dinâmica do cuidar na/da enfermagem e suas articulações com outras práticas.

2.3 Articulações estabelecidas entre os sujeitos sociais (dirigentes, equipe de saúde e de enfermagem, unidades de referência e núcleos de apoio)

- ✓ Articulações entre os dirigentes do SUS e a equipe da ESF, a equipe de enfermagem, unidades de referência e os núcleos de apoio (NASF, CAPS, academias da saúde, UPA, Policlínicas, etc.)
- ✓ Articulações estabelecidas entre as unidades de referência e contrarreferência que compõem a rede SUS.
- ✓ Integração do dirigente, equipe e usuários: participação e mobilização social, relacionamento interpessoal e espaços de escuta formais e informais;

2.4 Outros comentários:

Através desse roteiro para entrevista utilizado com os usuários pode-se perceber como eles identificam a responsabilização na prática do trabalhador ou da equipe de saúde pela resolução das suas necessidades de saúde.

ANEXO C

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA – USUÁRIOS

1 Dados de Identificação:

Código do entrevistado: _____ Idade: _____ Sexo:

Unidade de Saúde: _____

Grau de escolaridade: _____

Onde você mora: _____

Pertence à área de abrangência: _____

2 Roteiro temático:

2.1 Resolubilidade da atenção a saúde

- ✓ Fale como você é atendido na recepção da Unidade de Saúde (acolhimento, escuta, tempo de espera, condições do ambiente, satisfação no atendimento);
- ✓ Fale sobre os serviços de saúde que são ofertados na unidade de saúde: número de vagas, tipo de atendimento, consultas agendadas ou não, critério de marcação, qualidade do atendimento, acesso a medicamentos, informações e orientações;
- ✓ Se você foi atendido nesta unidade por um profissional de saúde, fale sobre este momento. (definição do procedimento: quem e como? - Pelo material disponível; sua necessidade; sua vontade; seu desejo, outros);
- ✓ Comente como os trabalhadores de saúde atendem as suas necessidades;
- ✓ Você participa das reuniões na unidade de saúde (ou gostaria de participar)? Você consegue expressar suas necessidades no momento da reunião?
- ✓ Fale sobre facilidades e/ou dificuldades que você tem ao procurar uma unidade de saúde durante o dia, noite e nos finais de semana;
- ✓ Você já precisou ser encaminhado para um serviço de atendimento de especialidade clínica, para fazer exames, internamento, realizar

procedimento, ou outra coisa? Conseguiu o atendimento? Quanto tempo demorou para ser atendido?

- ✓ Você já precisou ser internado em um hospital? Como foi essa experiência? Fale mais sobre isso.

2.2 Produção do cuidado em saúde e enfermagem

- ✓ Quais cuidados você já utilizou nesta unidade de saúde (linhas de cuidado: saúde da mulher, criança e adolescente, adulto, idoso, saúde bucal, entre outros);
- ✓ Você já precisou ser atendido pela equipe de enfermagem, médico, dentista ou outro profissional? Como foi o atendimento?
- ✓ Você poderia falar sobre sua experiência nessa unidade?

2.3 Articulações estabelecidas entre os usuários e equipe de saúde:

- ✓ Como você vê o relacionamento entre os trabalhadores nesta unidade?
- ✓ Fale sobre a sua relação com a equipe de saúde e com a equipe de enfermagem;
- ✓ Fale sobre a relação da equipe de saúde e da equipe de enfermagem com sua família;
- ✓ Você sabe o que é Conselho de Saúde? Tem Conselho de Saúde na sua comunidade?
- ✓ Você participa de algum Conselho de Saúde ou de algum outro espaço para discutir seus problemas e/ou da comunidade?

2.4 Tem algo mais que você quer comentar que eu não perguntei.

O roteiro para a realização da observação sistemática proporcionou a identificação de como são organizados os serviços de saúde nas unidades pesquisadas, referente à atenção a demanda induzida e/ou espontânea.

ANEXO D

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

1 Dados de Identificação:

Código da unidade: _____ Tempo de funcionamento da Unidade _____

2 Roteiro temático:

2.1 Resolubilidade: fluxo do atendimento na ESF e rede SUS

- ✓ Responsáveis pela recepção do usuário na Unidade;
- ✓ Acomodação das pessoas durante a espera;
- ✓ Oferta X demanda do atendimento
- ✓ Tempo médio de espera na recepção;
- ✓ Acolhida dos usuários (informações, esclarecimentos, abordagem, linguagem);
- ✓ Tipo e adequação das informações sobre as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde (cronogramas, fluxogramas, organogramas, cartazes, mapas, gráficos, relatórios);
- ✓ Critério utilizado para consulta (ordem de chegada, idade, necessidade, ordem de marcação, sexo, endereço);
- ✓ Critério para consulta subsequente;
- ✓ Condições do consultório (espaço físico, iluminação, ventilação/temperatura, nível ruído, aspecto estético, distribuição dos equipamentos);
- ✓ Horário de chegada/saída dos trabalhadores;
- ✓ Número de consultas por turno;
- ✓ Tempo médio por consulta;
- ✓ Vínculo da equipe com a comunidade;
- ✓ Como é definido o projeto terapêutico e quem se responsabiliza em resolver os problemas apresentados pelos usuários;
- ✓ Qualidade do atendimento;
- ✓ Outras observações.

2.2 Produção do cuidado da equipe de saúde e enfermagem

- ✓ Atividade educativa (clientela, tipo de atividade, critérios para os temas abordados, número de atividades educativas, planejamento das atividades, locais onde são desenvolvidas);
- ✓ Critério para realização de um procedimento clínico (necessidade do usuário, vontade do usuário, vontade do trabalhador, de acordo com o material disponível);

- ✓ Abordagem dispensada pelos trabalhadores aos usuários no momento do atendimento. Há respeito aos seus desejos, respostas para suas dúvidas, valorização dos saberes do outro, esclarecimento sobre o procedimento a ser realizado?
- ✓ Participação da comunidade no planejamento das atividades (marcação, critérios de consulta, número de procedimentos, critérios de prioridades);
- ✓ Relação dialógica e pedagógica profissional e usuário (o exercício da fala, da compreensão, de respeito, compromisso);
- ✓ Outras observações.

2.3 Articulações estabelecidas entre os sujeitos sociais (dirigentes equipe e usuários).

- ✓ Relação entre os diversos membros da equipe na Unidade de Saúde;
- ✓ Reuniões de planejamento de atividades conjuntas (dirigentes, trabalhadores e usuários);
- ✓ Como se dá a relação entre os dirigentes e os trabalhadores;
- ✓ Relações entre os trabalhadores e os usuários;
- ✓ Outras observações.

2.4 Outras observações que considerar relevante

ANEXO E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Marluce Maria Araújo Assis (pesquisadora - responsável) e outros colaboradores da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) estamos convidando você a participar de uma pesquisa sobre a assistência que vem sendo prestada na Estratégia Saúde da Família do seu município que tem como título: Resolubilidade na Estratégia Saúde da Família em dois cenários da Bahia. Os resultados obtidos poderão contribuir para a melhoria no atendimento na atenção básica. Se você concordar, suas respostas serão gravadas no momento da entrevista, e você poderá ter acesso, para retirar e/ou acrescentar informações a qualquer tempo. O material coletado será organizado em um banco de dados pelos pesquisadores e bolsistas do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC), após organização do banco de dados o material será guardado por um período de cinco anos e posteriormente será destruído. Os pesquisadores asseguram o seu anonimato, isto é, ninguém saberá que foi você quem respondeu às perguntas, buscando respeitar a sua integridade moral, intelectual, social e cultural, tendo como **benefícios** proporcionar reflexões críticas sobre atenção à saúde na rede SUS, rediscutir como vem sendo prestada esta atenção e redefinir rumos para a Estratégia Saúde da Família nos cenários locais. Os possíveis **riscos** estão relacionados ao desconforto devido ao aparecimento de possíveis conflitos de opiniões ou pelo sentimento por parte dos trabalhadores de saúde de estarem sendo observados ou fiscalizados. Os dirigentes podem se sentir incomodados com o processo de avaliação ou fiscalização e os usuários podem se sentir inibidos para expor as suas opiniões com receio de influenciar no atendimento que necessitam. No entanto, os sujeitos poderão a qualquer momento desistir de participar da pesquisa ou anular este consentimento em qualquer fase, caso decidam, de forma que se evite que seu depoimento sofra consequência danosa na expressão livre de suas opiniões. No momento em que houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa, você pode entrar em contato com os pesquisadores através do telefone (75) 3161-8162 no Centro de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEFS – Módulo VI – NUPISC. Km-03, BR-116. Campus Universitário em Feira de Santana – BA. Após ter sido informado (a) sobre os objetivos da pesquisa, caso concorde em participar, afirmamos que as informações coletadas sejam utilizadas para relatórios de pesquisa, bem como para a divulgação dos resultados obtidos, somente para fins científicos. Se você concordar, por sua livre vontade, em participar da pesquisa, assine este termo de consentimento, ficando com uma cópia do mesmo.

Feira de Santana, Bahia, _____ de _____ de _____.

Nome: _____

Assinatura do Entrevistado (a): _____

Assinatura do Entrevistador (a): _____

Prof^ª. Dr^ª. Marluce M^ª. A. Assis (Pesquisadora responsável): _____

