



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

CAMILA TAHIS DOS SANTOS SILVA

CUIDADO INTEGRAL NAS DIMENSÕES ORGANIZATIVAS, TÉCNICAS E
SIMBÓLICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: narrativas da equipe de saúde e
usuários

FEIRA DE SANTANA-BA

2018

CAMILA TAHIS DOS SANTOS SILVA

CUIDADO INTEGRAL NAS DIMENSÕES ORGANIZATIVAS, TÉCNICAS E SIMBÓLICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: narrativas da equipe de saúde e usuários

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana com vistas à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Produção do Cuidado, Avaliação dos Serviços e Programas de Saúde em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Marluce Maria Araújo Assis.

Co-orientadora: Profa. Dra. Maria Angela Alves do Nascimento.

FEIRA DE SANTANA-BA

2018

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

S579 Silva, Camila Tahis dos Santos

Cuidado integral nas dimensões organizativas, técnicas e simbólicas da atenção primária à saúde : narrativas da equipe de saúde e usuários / Camila Tahis dos Santos Silva. – 2018.

113 f. : il.

Orientadora : Marluce Maria Araújo Assis.

Coorientadora: Maria Angela Alves do Nascimento.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Mestrado Profissional em Enfermagem, 2018.

1. Atenção primária à saúde. 2. Cuidados de enfermagem. 3. Equipe de Saúde da Família. 4. Programa Saúde da Família. 5. Usuários. I. Assis, Marluce Maria Araújo, orient. II. Nascimento, Maria Angela Alves do, coorient. III. Universidade Estadual de Feira de Santana. IV. Título.

CDU: 614

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

CUIDADO INTEGRAL NAS DIMENSÕES ORGANIZATIVAS, TÉCNICAS E
SIMBÓLICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: narrativas da equipe de saúde/
enfermagem e usuários

CAMILA TAHIS DOS SANTOS SILVA

Dissertação submetida à banca examinadora designada pelo Colegiado do Mestrado
Profissional em Enfermagem, com vistas à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Marluce Maria Araújo Assis – Orientadora

Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos (UFBA)

Profa. Dra. Maria Geralda Lopes Aguiar (UEFS)

Feira de Santana, 05 de fevereiro de 2018.

Dedico à minha família, a maior riqueza da vida.

AGRADECIMENTOS

Acredito nos desígnios de Deus e no plano que Ele tem para cada um. Meu ingresso no Mestrado Profissional da Universidade Estadual de Feira de Santana/BA (UEFS) foi uma bênção e mais uma realização de um passo na minha vida profissional. Sair da graduação e obter aprovação no Programa que sempre almejei, foi um sonho.

À UNEB, pelo apoio e incentivo, instituição da qual fazia parte, em nome do professor Marcos Fábio (*in memoriam*) enquanto diretor geral e educador, meus amigos, Vagner e Roberta, pelo incentivo e apoio.

À minha eterna orientadora, Simone Santana, pelo espelho, pelo estímulo, por acreditar em mim e pelo vínculo acadêmico e laços de respeito.

Ao município de Candéal, Bahia, local em que atuava no início do mestrado, onde pude aprender muito sobre o processo de cuidar da enfermagem.

Aos professores e os funcionários do Mestrado Profissional em Enfermagem da UEFS, em especial à Coordenação pela compreensão e apoio. Vocês são elementos fundamentais para que tudo funcione.

Ao Instituto Federal do Sertão – PE (IFSERTÃO-PE) *campus* Floresta, em nome dos meus amigos do Setor de Assistência à Saúde, pelo incentivo e compreensão nos momentos em que precisei me ausentar para cumprir as demandas do mestrado.

Aos colegas do mestrado, com os quais compartilhei aprendizados, desabafos, sorrisos e incentivos. Em especial, Aline, sua mãe, Ieda, e seus familiares pela acolhida aconchegante e pela amizade; Tacila e Tarcísio, pela companhia nas noites livres de aula; Priscila pelo companheirismo e amizade semeada no trajeto Senhor do Bonfim-BA rumo às aulas na UEFS. Trago boas e singelas amizades.

Ao Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) pelo apoio.

Aos gestores dos cenários pesquisados que autorizaram a pesquisa, bem como aos participantes do estudo que contribuíram para a concretização desta dissertação.

Aos membros da banca de avaliação da dissertação, Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos e Profa. Dra. Maria Geralda Gomes Aguiar pelas valiosas contribuições na construção deste trabalho.

À família: minha mãe, meu porto seguro e meu espelho de força e determinação; meu pai pelo incentivo aos estudos e por sempre me acompanhar nas chegadas e partidas à Senhor do Bonfim para as aulas do mestrado; Carla, minha irmã, pelo incentivo constante e pela

alegria em compartilhar meus sonhos; meu esposo, Leandro, sempre disposto a ajudar, pelo incentivo, pelo apoio emocional, pelo carinho e amor. Aos meus avós. Josefa e João (*in memoriam*), pelo exemplo de humildade e honestidade, pelas memórias de um genuíno amor. Obrigada por acreditarem em mim.

À professora e co-orientadora, Maria Angela, por iniciar nossas orientações e me apresentar ao mundo da pesquisa acadêmica de uma pós-graduação. Agradeço pelos ensinamentos, pelo incentivo, pela paciência e por compartilhar seu conhecimento de forma singular. À minha orientadora, Marluce Assis, pela qual tenho imensa admiração e respeito pela sua riqueza intelectual e sabedoria, por compartilhar e me ensinar, por ser paciente e entender minhas limitações. Obrigada por cada orientação, cada inspiração e por estar comigo neste tempo de mestrado.

A conclusão deste Mestrado representa a realização de um sonho e um divisor de águas.

Se existe algo a ser interpretado, a interpretação deve falar de algo que deve ser encontrado em algum lugar e, de algum modo, respeitado (ECO, 1992, p. 43).

RESUMO

Na perspectiva de compreensão da Atenção Primária à Saúde (APS) como um espaço privilegiado de encontros que propiciam o diálogo, a exposição das subjetividades e da culminância do cuidado integral, além de locus em que as narrativas sobre a produção do cuidado são representadas, como campo empírico desta investigação, que objetivou compreender como os sujeitos sociais (Equipe de Saúde da Família - EqSF e usuários) concebem o cuidado integral na APS em relação às dimensões organizativa, técnica e simbólica em um cenário da Bahia, Brasil; discutir como é produzido o cuidado integral pela EqSF na APS e analisar como a EqSF e usuários atribuem sentidos e significados ao cuidado integral na APS. É uma pesquisa de abordagem qualitativa realizada com 23 participantes divididos em dois grupos: grupo UM, com 17 entrevistados da EqSF, que prestam o cuidado; grupo DOIS, representado por seis (06) usuários das Unidades de Saúde da Família (USF) selecionadas. A técnica de coleta de dados utilizada foi a entrevista e observação. A análise de dados se deu pela análise da narrativa, com aproximação à hermenêutica gadameriana. As narrativas retratam, a partir da compreensão da dimensão simbólica e técnica do cuidado integral na APS, diante das experiências dos sujeitos evidenciar sobre as concepções e/ou valores relacionados ao processo saúde-doença e suas repercussões nas relações, constituindo, assim, elementos para conhecimento e discussão das diferentes visões e formas de compreensão obtidas com os de múltiplos olhares. A compreensão do simbólico e do técnico divergem em meio às formas como o cuidado é narrado e como acontece no cotidiano da Estratégia Saúde da Família (ESF). O cuidado integral, mesmo com concepções ampliadas em relação ao modelo biomédico, continua com práticas medicalizantes. O desafio já não está na reorientação das concepções, mas em articular o fazer com as relações e a subjetividade que permeiam as práticas, buscando a centralidade do cuidado no usuário, despertando sua corresponsabilização e autocuidado, por meio da compreensão do processo saúde-doença de forma mais complexa. Enfim, o cuidado ainda é centralizado em práticas biomédicas e fragmentado em relação à prática dos diversos profissionais (agente comunitário de saúde – ACS, enfermeira e médico), com foco na saúde da família. Outrossim, as equipes precisam conectar saberes de diferentes modos no sentido de contemplar as necessidades dos usuários que emergem das suas diferentes facetas e requerem uma intervenção compartilhada com valorização da subjetividade. A partir das análises das narrativas e da identificação por meio da observação da dimensão organizativa que compõe o cotidiano da ESF, percebemos a fragilidade envolvida com relação à organização da APS dentro da rede de atenção,

destacando o seu aspecto seletivo. A partir deste modo de organização dos serviços e da sua relação com os diferentes níveis de atenção, a análise propiciou a compreensão do cuidado incipiente, fragmentado e desarticulado na rede.

DESCRITORES: Atenção Primária à Saúde; Assistência integral à saúde; Cuidado de enfermagem; Saúde da Família.

ABSTRACT

In the perspective of understanding Primary Health Care (PHC) as a privileged space for meetings that foster dialogue, exposition of subjectivities and the culmination of integral care, as well as locus in which the narratives about the production of care are represented, as the empirical field of this research, which aimed to understand how social subjects (Family Health Team - EqSF and users) conceive integral care in PHC in relation to organizational, technical and symbolic dimensions in a setting in Bahia, Brazil; discuss how comprehensive care is produced by EqSF in APS and examine how EqSF and users attribute meanings and meanings to comprehensive care in PHC. It is a qualitative research conducted with 23 participants divided into two groups: UM group, with 17 respondents from the EqSF, who provide care; group TWO, represented by six (06) users of the selected Family Health Units (USF). The technique of data collection used was the interview and observation. Data analysis was based on the analysis of the narrative, with an approach to Gadamerian hermeneutics. The narratives portray, from the understanding of the symbolic and technical dimension of integral care in PHC, in the face of the subjects' experiences to evidence about the conceptions and / or values related to the health-disease process and its repercussions on the relationships, thus constituting elements for knowledge and discussion of the different visions and forms of understanding obtained with those of multiple glances. The understanding of the symbolic and the technical diverge amidst the ways in which care is narrated and how it happens in the daily life of the Family Health Strategy (ESF). Comprehensive care, even with expanded conceptions in relation to the biomedical model, continues with medicalizing practices. The challenge is no longer in the reorientation of conceptions, but in articulating doing with relationships and subjectivity that permeate practices, seeking the centrality of care in the user, awakening their co-responsibility and self-care, through understanding the health-disease process of more complex form. Finally, care is still centralized in biomedical practices and fragmented in relation to the practice of the various professionals (community health agent - ACS, nurse and doctor), with a focus on family health. In addition, teams need to connect knowledge in different ways to address the needs of users that emerge from their different facets and require shared intervention with appreciation of subjectivity. From the analysis of the narratives and the identification through the observation of the organizational dimension that compose the daily life of the ESF, we perceive the fragility involved in relation to the organization of the PHC within the network of attention, highlighting its selective aspect. Based on this way of organizing services and their relationship with the

different levels of care, the analysis provided an understanding of incipient, fragmented and disjointed care in the network.

KEYWORDS: Primary health care; Comprehensive health care; Nursing care; Family Health.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EqSF	Equipe de Saúde da Família
EqAB	Equipe de Atenção Básica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NUPISC	Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva
PSF	Programa de Saúde da Família
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RISS	Redes Integradas de Serviços de Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana

SUMÁRIO

1	CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO: DA TEORIA À PRÁTICA	18
2	BASES TEÓRICAS ORIENTADORAS DA ANÁLISE	25
2.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A BUSCA DA “RENOVAÇÃO” COMO PARTE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: DIMENSÕES ORGANIZATIVAS E SIMBÓLICAS	25
2.2	CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE COMO ESPAÇO DE SABERES, PRÁTICAS E RELAÇÕES ENTRE SUJEITOS SOCIAIS (CUIDADOS E CUIDADORES): DIMENSÕES TÉCNICAS E SIMBÓLICAS	25
3	CAMINHAR METODOLÓGICO	32
3.1	DIMENSÃO TEÓRICO- METODOLÓGICA: HERMENÊUTICA CRÍTICA	37
3.1.1	Linha de pensamento, natureza e tipologia do estudo	37
3.2	CENÁRIOS DA PESQUISA	39
3.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA	40
3.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	41
3.5	APROXIMAÇÃO AO CAMPO DE PESQUISA E PARTICIPANTES	42
3.6	ANÁLISE DE EXPLICAÇÃO DA REALIDADE EMPÍRICA: ANÁLISE DE NARRATIVAS	43
3.7	QUESTÕES ÉTICAS	46
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	48
4.1	DIMENSÃO ORGANIZATIVA: A ORGANIZAÇÃO DA PRODUÇÃO DO CUIDADO NA REDE DE ATENÇÃO A PARTIR DA APS	48
4.1.1	APS e conformação do cuidado: potencialidades e fragilidades	51
4.1.2	Fluxos e Contrafluxos: a descontinuidade do cuidado	58
4.2	DIMENSÃO TÉCNICA: SENTIDOS E PRÁTICAS DO CUIDADO NA APS	62
4.2.1	Estabelecimento de vínculo como dispositivo orientador no processo de cuidar: o olhar do profissional de saúde	62
4.2.2	O protagonismo da Enfermeira na APS: cuidadora, coordenadora e gerente da USF	69
4.3	DIMENSÃO SIMBÓLICA: SENTIDOS E SIGNIFICADOS ENVOLVIDOS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO	75
4.3.1	Cuidado como respostas positivas às demandas: o olhar dos usuários	75
4.3.2	Saúde-doença como construção complexa: culpabilização e corresponsabilização dos sujeitos envolvidos (profissionais de saúde e usuários)	77
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
	REFERÊNCIAS	84
	APÊNDICES	94
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA	95
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA A EQUIPE DE SAÚDE	96
	APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS USUÁRIOS	97
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E	98

ESCLARECIDO PARA OS PARTICIPANTES	
APÊNDICE E – QUADRO 3- NARRATIVAS DO PROCESSO DE CUIDAR NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO BAIANO SEGUNDO AS DIMENSÕES TEÓRICAS DE ANÁLISE, BRASIL, 2017.	99
ANEXOS	109
ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	110

1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO: DA TEORIA À PRÁTICA

A escolha deste objeto de estudo, Cuidado Integral¹ nas dimensões organizativas, técnicas e simbólicas da Atenção Primária à Saúde² surgiu de inquietações teórico-práticas ainda na academia, quando graduanda em Enfermagem numa instituição pública do Estado da Bahia a partir das discussões sobre políticas e modelos de saúde, como também na prática como enfermeira quer uma Unidade Básica de Saúde (UBS), quer como enfermeira de uma Instituição Federal de ensino, quer como usuária do Sistema Único de Saúde, ao nos depararmos com indivíduos que enfrentavam dificuldades no acesso e continuidade do cuidado e que não tem suas necessidades atendidas e sofrem com serviços de saúde incipientes.

Nessas experiências, vivenciamos o cuidado fragmentado, fruto de variados motivos que converge para a carente articulação de saberes, fazeres e relações. Outrossim, entendemos que tais vivências dos sujeitos envolvidos no cuidado podem resultar histórias narradas que representem saberes, fazeres e relações interpessoais no cotidiano dos serviços de saúde. Todavia, nas variadas narrativas de vivência de usuários e profissionais de saúde percebemos por um lado, as pressões institucionais burocratizantes com ações e programas verticalizados, situadas, por exemplo, no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF), demarcados por territórios políticos que, muitas vezes, impedem a atuação desses sujeitos e a construção de relações. Nesse contexto, observamos a lógica biomédica que se faz dominante nas queixas de usuários que buscam sempre o cuidado técnico, pautado na medicalização, traduzindo-se em prescrições e procedimentos com “engessamento” do fazer profissional, o que às vezes, se perde e deixa-se capturar por todos esses movimentos de limitar os saberes e práticas integrais.

Frente a isso, tivemos oportunidade de observar algumas necessidades veladas que não foram atendidas, contatos que poderiam ser transformados em relações e práticas mais acolhedoras e criativas, mas que foram capturadas pela rotina do cotidiano e manutenção do fazer tradicional. Concretamente, vimos inúmeras situações que afastaram os sujeitos e não

¹ A compreensão de cuidado integral é concebida por Assis e outras (2015) como um caminho orientador do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de práticas que se interrelacionam com diversos campos de saberes e relações entre os sujeitos.

² Este estudo é oriundo do projeto: **AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS): construção de modelo de análise** (ASSIS et al., 2016) do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS/ BA), sob coordenação da professora doutora Marluce Maria Araújo Assis.

permitiram aproximações e construções inovadoras e que potencializassem as interações entre serviços de saúde, profissionais e sujeitos, famílias e comunidades. Todavia, entendemos que talvez sejam reflexos de valores, crenças e ideologias difundidas e preservadas nos serviços de saúde, permeada as relações e as condutas assumidas pelos sujeitos.

Tais inquietações nos possibilitaram refletir a historicidade da atuação dos profissionais de saúde, em especial, de Enfermagem, a partir do final da década de 1980, no período da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) (BRASIL, 1988), ao considerá-la como uma das profissões responsáveis pela gestão e produção do cuidado integral, já que, segundo Fracoli e outras (2011), a Enfermagem, em seu considerável número de profissionais, opera na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), que por sua vez, tem sustentação na integralidade como um de seus pilares. Assim, a inquietação deste trabalho surge na necessidade em compreender a forma como estes profissionais experienciam o cuidado integral no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), evidenciando a forma como concebem, através da linguagem, suas práticas e vivências.

Para Gadamer (2015), experiência é entendida como redefinição do conhecimento pela experiência histórica, traduzida por meio da linguagem que possibilita a compreensão hermenêutica para atribuição de significados individuais. Uma compreensão que busca fugir da experiência dura e circunscrita nos cernes da experiência metódica das Ciências Naturais, e se aproxima da compreensão da experiência da ‘verdade’ que são embasadas pela construção do mundo da vida e reconhecimento da própria finitude humana.

O entendimento dos profissionais de saúde sobre o cuidado integral pode desencadear mudanças e reorientar o modelo de saúde na APS por meio de proposições subjetivas e da experiência de cada pessoa envolvida, constituindo uma rede de subjetividades nas quais os agentes se encontram e compartilham de situações capazes de transformar o saber e o fazer de cada um.

Por conseguinte, compreendemos que a APS poderá se constituir em espaço propício às mudanças uma vez que

[...] é a principal porta de entrada no SUS; é orientada tendo em vista o atendimento a territórios específicos, e não a agravos, como é o caso da atenção secundária e terciária; traz inúmeros elementos para a atuação multiprofissional, transdisciplinar e intersetorial; e pode ser um espaço perene de encontros e diálogo permeado por trocas intersubjetivas capazes de produzir relações mais saudáveis e promover a comunicação e a construção de redes (AYRES, et al., 2012, p.78).

A compreensão de cuidado integral entendida neste estudo foi concebida por Assis e outras (2015), como resultado da interação e compartilhamento de diferentes saberes profissionais que colocam o usuário no centro do cuidado, com vistas a compreender suas necessidades em seu modo de andar a vida.

É com tal compreensão da APS como um espaço privilegiado de encontros com perspectiva de propiciar o diálogo, a exposição das subjetividades e da culminância do cuidado integral, o escolhemos como *lócus* das narrativas sobre a produção do cuidado aqui representada, como campo empírico desta pesquisa. Uma compreensão por meio de dimensões teóricas explicativas propostas por Assis e Abreu-de-Jesus (2012) como um modelo explicativo de análise sobre acesso aos serviços de saúde articulada à APS.

As dimensões selecionadas para este estudo são as concebidas por Assis e Abreu-de-Jesus (2012), aqui representadas:

- dimensão organizativa, considerada o elo entre os diferentes níveis de densidade tecnológica, sendo a APS coordenadora da rede de atenção a partir do cuidado integral, tendo como eixos analíticos: porta de entrada, fluxo de atendimento, regulação, referência, contrarreferência e avaliação.

- dimensão técnica, a qual corresponde ao trabalho em saúde, analisado pela apreensão dos dispositivos integralidade da atenção, acesso, acolhimento, vínculo, competência, habilidade, autonomia e projeto terapêutico compartilhado entre equipe e usuário (ASSIS; ABREU-DE-JESUS, 2012). Ao abordarmos tal dimensão, estamos na busca da compreensão do cuidado, pois possibilita vislumbrarmos onde e como ocorre a atenção às pessoas no processo saúde-doença, desde o primeiro contato até o acesso aos demais serviços. Entretanto, acordamos com Queiroz e Penna (2011) que é necessária a edificação de posturas integrais, para que o cuidado se consolide de forma a abarcar as necessidades dos indivíduos.

- dimensão simbólica, aquela que busca trazer a subjetividade e sua dinâmica relacional entre a equipe, usuários e famílias nas representações do processo saúde-doença com suas crenças e valores que são envolvidas nas relações entre os sujeitos. Em outras palavras, é aquela determinada pela intersubjetividade de cada indivíduo perante o conjunto das relações e representações da sociedade, já que remete ao significado, ao símbolo, aos gestos e modos de cada agente participante e suas interrelações no processo de cuidar.

Para compreender assim, esta intermediação e suas repercussões, com instrumentos e formas em que estão associadas e que geram fluidez na relação homem-mundo, em que o primeiro, com suas experiências e contato com o segundo o traduz em símbolos específicos para si. A partir disso pode-se decifrar a relação que se dá no campo da saúde em que os

sujeitos se relacionam no mundo, traduzido no cenário da APS, ou demais cenários que essa relação possa implicar.

No sentido de compreender as perspectivas subjetivas demonstradas entre o que se faz e o que se narra pelos sujeitos envolvidos na trama do processo de cuidar na APS, a narrativa reitera e propicia que tal compreensão seja possível, ao mesmo tempo em que captamos o aspecto temporal o que rememora a experiência de cada sujeito. Por conseguinte, diante da abordagem, fizemos um levantamento dos estudos dentro da temática – Estado da Arte, tendo escolhidos inicialmente, as publicações realizadas sobre o objeto de estudo articulado sobre o que tem sido publicado na área à metodologia análise de narrativas.

O levantamento, – busca simples, foi realizado no mês de dezembro de 2017 no Portal Capes, com as palavras-chave: *comprehensive health care* and *primary health care*, considerando-se como critérios de tipo de documento no formato de artigo, disponível na íntegra, e publicado em periódicos revisados por pares, além de serem publicados em inglês, português e espanhol, para incluir publicações nacionais e internacionais nos últimos cinco anos, resultando em 48 artigos. A partir desse levantamento preliminar, realizamos uma busca avançada, por meio da leitura dos resumos, quando delimitamos oito produções científicas a partir de novos critérios: exclusão dos artigos repetidos, ou que não atendessem à temática. Acrescentamos ainda mais oito artigos resultados da busca avançada na Biblioteca Virtual em Saúde - BVS, a partir dos mesmos descritores e critérios de seleção.

Os artigos selecionados datam de publicações feitas no período de 2012 a 2017, publicados em bases de dados nacionais e internacionais. Reforçamos que, o objetivo da busca foi explorar a produção científica acerca do processo de cuidar na APS, além de identificar artigos que fizeram uso da metodologia de análise da narrativa, permitindo apreender de modo inicial a produção do objeto com o método pouco abordados nos estudos, até porque entendemos que a APS se constitui como *lócus* de interesse que oportuniza mudanças no campo da saúde além de ricas construções narrativas. Entretanto, neste processo de conhecimento a partir das publicações científicas vimos a partir da análise dos artigos que apenas um artigo selecionado usa esta metodologia (JORGE et al., 2015) com o objetivo de compreender o apoio matricial, o projeto terapêutico singular e a interface na produção do cuidado em saúde mental em saúde mental a partir da APS, que tem sua base teórica metodológica na fenomenologia de Ricoeur (1989; 1991).

No cenário internacional, os artigos mostraram resultados de pesquisas feitas a partir de abordagens mistas – quanti-qualitativas – para avaliarem a abrangência dos serviços da APS. Com destaque os estudos realizados na Austrália (BAUM et al., 2017; BAUM et al.,

2016; FREEMAN et al., 2016), Suriname (LARYE; GOE-DE; BARTEN; 2015) e Estados Unidos da América (O'MALLEY; RICH; 2015), além de estudo multicêntrico no Canadá, Austrália, África e Índia (LABONTÉ et al., 2014). Nesses estudos, a Atenção Primária mais abrangente é considerada como uma forma promissora de implementação de cobertura de saúde universal, articulando um modelo de saúde associado a maior equidade e eficiência nos cuidados, continuidade melhorada, menor fragmentação de cuidados e melhores resultados de saúde. Outrossim, segundo Labonté e outros (2014), isto só é possível em países que assumem compromissos políticos que garantam a equidade e a saúde como um direito constitucional

Para Baum e outros (2016) reformas neoliberais afetaram negativamente a abrangência dos serviços de APS na Austrália para uma abordagem seletiva que pouco se assemelha às formas em que a Declaração de Alma Ata (OPAS, 1978) preconiza. Tais reformas conduziram a um modelo seletivo em que o foco mudou para ações curativas e de reabilitação com poucas atividades relacionadas à promoção e prevenção à saúde (BAUM et al., 2017)

No panorama nacional, os estudos também avaliaram a capacidade de abrangência da APS (MACEDO; MARTIN, 2014; PENNA; FARIA; REZENDE, 2014; FURTADO et al., 2013), inclusive no que se refere a avaliação dos seus atributos e comparação entre as formas de organização entre a ESF e modelos tradicionais de organização que consistem em Equipes de Atenção Básica (SILVA, C.S.O. et al., 2014; ENGEL et al., 2013). Para Furtado e outros (2013) apesar dos esforços da equipe de saúde para abordar a comunidade e atender suas necessidades de saúde, os serviços disponíveis representam um aspecto comprometedor da integralidade, visto que a USF não dispõe de serviços para atender a população de forma completa.

Por outro lado, ao compreender a natureza abrangente da APS, a ESF teve melhor avaliação pela população em comparação com outros serviços e modos tradicionais de organização (FURTADO et al., 2013; ENGEL et al., 2013). Os primeiros atributos de contato, acessibilidade e longitudinalidade obtiveram pontuações mais altas no atendimento da ESF (SILVA, C.S.O et al. 2014).

O cuidado integral foi abordado como finalidade e compromisso dos serviços de saúde, em especial da APS já que é considerada como *locus* propiciador de mudanças e é capaz de fazê-las (AYRES et al., 2012). Além disso, vimos a sua produção como parte intrínseca da atenção em cuidados básicos, desde que assumam posturas abrangentes de maior cobertura nas ações. Esta consideração coloca o cuidado em seu sentido ontológico como inerente ao ser humano. Em síntese, esforços dos profissionais de saúde devem ser feitos para

resgatar uma assistência humanizada e um sentido mais amplo para o cuidado (FURTADO et al., 2013).

Como significado e interpretação mais ampla para o cuidado, os artigos enfatizam os dispositivos defendidos por Assis e outros (2010) e Assis e outros (2015) como promotores: acolhimento, vínculo, corresponsabilização (JORGE et al., 2015), acessibilidade, atenção integral (FURTADO et al., 2013), integralidade do cuidado (SILVA, C.T.S. et al., 2014; AYRES et al., 2012). A abordagem familiar também aparece com destaque, a partir da utilização de instrumentos que a avalie como forma de compreender o sujeito e suas relações, principalmente na dinâmica familiar (QUEIROZ et al., 2014; FURTADO et al., 2013).

Além disso, alguns estudos referiram estes dispositivos como responsáveis pela integralidade (COSTA; QUEIROZ; ZEITOUNE, 2012; COSTA; LOPES, 2012), mas entendem que eles sofrem a influência negativa de outros aspectos que refletem as dificuldades para realizar um cuidado integral, como: interação verticalizada, desvalorização da dimensão subjetiva no processo de trabalho, polarização do atendimento, incipiente articulação das ações e organização da equipe (SILVA et al., 2015; AYRES et al., 2012).

Tais aspectos citados levam a um cuidado que se baseia em ações individuais, reflexo da frágil coordenação e da forma seletiva da atenção (BAUM et al., 2016; SILVA et al., 2015; LABONTÉ et al., 2014; MACEDO; MARTIN, 2014; FURTADO et al., 2013), todavia, poderiam atuar de forma integrada com os demais pontos da rede, devido à ausência de uma política de articulação institucional e intersetorial (AYRES et al., 2012).

A coordenação do cuidado pela APS tem sido debatida e preconizada pela Organização Pan-americana de Saúde – OPAS (2007), ao considerá-la como aspecto fundamental da renovação da atenção com vistas ao alcance do cuidado integral. As dificuldades apontadas também foram relatadas em diversos países da América Latina, refletindo num consenso de que os desafios precisam ser superados para o alcance dos objetivos propostos para o alcance de uma APS abrangente e resolutiva que se efetive enquanto coordenadora da rede.

Outrossim, as práticas procedimento-centradas e com ênfase no caráter biomédico (AYRES et al., 2012) podem impulsionar a desarticulação de uma rede que garanta o cuidado integral, e este fica em xeque no momento em que suas premissas e os dispositivos para seu alcance não são valorizados como mudanças necessárias nos cuidados primários (ENGEL, et al., 2013). Contudo, na Europa são evidenciadas práticas dentro da rede de atenção que se organizam com base na APS e conseguem obter melhor desempenho na coordenação do

cuidado já que possuem uma rede de proteção social mais estruturada e consistente (GIOVANELLA, 2011).

Portanto diante desta realidade, tornou-se evidente para a compreensão das narrativas que abordem a APS e o cuidado integral, uma vez que ainda é invisível nas publicações científicas quer pela pouca exploração, quer pela abordagem de forma particular, ou ainda, sob outras dimensões de análise. Por isso, a dissertação ora apresentada busca aprofundar dimensões teóricas referidas (organizativa, técnica e simbólica), a partir das narrativas dos sujeitos que participam e experienciam e produzem o cuidado integral na APS, no âmbito da ESF, tendo em vista a explicação de realidades complexas rememoradas nas experiências dos sujeitos que desenvolvem suas práticas na APS, valorizando a singularidade das trajetórias do grupo e de cada sujeito.

Para tanto, elaboramos como questões norteadoras:

De que maneira a Equipe de Saúde da Família (EqSF)³ e equipe de enfermagem⁴ e usuários compreendem o cuidado integral na APS em relação às dimensões organizativa, técnica e simbólica em um cenário da Bahia, Brasil?

Como é produzido o cuidado integral em saúde pela EqSF, em especial os profissionais de enfermagem? Qual (ais) o(s) sentido(s)⁵ e significado(s)⁶ do cuidado integral atribuídos pela EqSF, enfermagem e usuários?

Para responder a tais questões, temos como objetivos:

Compreender como os sujeitos sociais EqSF/enfermagem e usuários concebem o cuidado integral na APS em relação às dimensões organizativa, técnica e simbólica em um cenário da Bahia, Brasil;

Discutir como é produzido o cuidado integral pela EqSF na APS;

Analisar como a EqSF/enfermagem e usuários atribuem sentidos e significados ao cuidado integral na APS.

³Equipe de Saúde da Família compreende todos os profissionais de uma equipe completa ou equipe mínima – médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde – acrescida de cirurgião-dentista e auxiliar de consultório dentário, como integrantes da equipe multiprofissional (BRASIL, 2011).

⁴Equipe de enfermagem foi incluída por representar uma categoria profissional que promove o cuidado dentro da APS e participa da sua conformação de forma ímpar.

⁵ Sentidos resultam do significado e podem ser transformados de acordo com transformações sociais, políticas, econômicas, culturais, espirituais, éticas e estéticas que ocorrem no mundo social. É, ainda a leitura, interpretação e compreensão do significado dentro de um mundo social construído por indivíduos dialeticamente diferentes e complementares (SILVA, 2011).

⁶ Significado é entendido, como concebido por Silva, (2011, p.27) como “estrutura básica do sentido, que corresponde ao conceito estável de uma realidade social dialeticamente construída dentro de um campo de significação cíclico e contínuo”.

2 BASES TEÓRICAS ORIENTADORAS DA ANÁLISE

Para dar suporte à compreensão do cuidado integral em saúde (e enfermagem), articulando-a com as dimensões de análise organizativa, técnica e simbólica nos reportamos às balizas condutoras da discussão da renovação da APS, como parte de uma rede de saúde e o cuidado integral como constituinte de saberes, práticas e relações entre sujeitos, cuidados e cuidadores.

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A BUSCA DA “RENOVAÇÃO” COMO PARTE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: DIMENSÕES ORGANIZATIVAS E SIMBÓLICAS

A APS é considerada o primeiro contato do indivíduo com os serviços de saúde, ou como denomina Starfield (2002, p.9), a “porta de entrada” do usuário ao sistema público de saúde que tem a responsabilidade de oferecer atenção *in loco* e ao longo do tempo, respectivamente, uma noção de adscrição do território, assim como da longitudinalidade do cuidado. Ademais, diante dessas características, segundo Silveira (2011), a APS se constitui o elemento núcleo nas reformas setoriais, com vistas à estruturação e organização dos sistemas nacionais de saúde já que é palco das reformas das políticas de saúde.

A origem da APS, segundo Mendes (2012), teve sua assunção a partir do Relatório Dawson no Reino Unido, ao destacar os níveis de atenção à saúde compreendidos em cuidados domiciliares, centros de saúde primários, secundários, serviços de saúde suplementar e os hospitais voltados para o ensino, com a definição das ações de cada nível, bem como suas interrelações para formação de uma rede de atenção.

O Relatório também faz referência à integração da medicina preventiva e curativa, com foco no ‘papel’ do médico generalista, além da “porta de entrada” na atenção primária que serviria de elo para os demais níveis de atenção: nível secundário nas unidades ambulatoriais e o nível terciário nos hospitais, tendo uma divisão e organização desses serviços, ao colocar a atenção primária como reguladora e ordenadora dos demais níveis de atenção (BRASIL, 2011; LAVRAS, 2011). Todavia, o surgimento da noção de coordenação do cuidado, que mesmo hoje, após quase 100 anos de sua concepção, ainda enfrenta dificuldades para sua prática.

Para Starfield (2002), o impulso em relação à divisão dos níveis de atenção à saúde levou ao fortalecimento da APS, pois ocorreu pelo aumento dos custos da saúde, por conta do envelhecimento da população que requer mais atenção, aumento da sobrevida, a utilização de

tecnologias de custo mais elevado para diagnóstico e tratamento de pacientes crônicos. Dessa maneira, a divisão em níveis de atenção, buscou basear o atendimento de acordo com a complexidade de cada caso, a fim de promover a racionalização dos serviços obedecendo à lógica capitalista de produção.

A APS ao ser considerada como “porta de entrada” pode ser vista como nível de menor complexidade às ações de serviços e práticas de saúde. Mas, para Starfield (2002) é um equívoco, pois trata-se do nível de primeiro contato com casos mais comuns ainda não diagnosticados, e que em sua maioria está em estágios iniciais, o que requer maior precisão e atenção por ainda não terem definição. Também é o nível que detém maior responsabilidade na modificação da situação de saúde da população e é considerado a chave da regulação de toda a lógica assistencial despendida nos outros níveis.

Para tanto, Starfield (2002) reforça que a APS surge para melhorar a qualidade da atenção e diminuir as iniquidades com a oferta de cuidados primários de variada complexidade, abrangendo o usuário (individual/coletivo) em território adscrito, no seu local de inserção social, para a efetividade e a equidade nos serviços de saúde, um princípio doutrinário do SUS, e que se constitui como finalidade da APS, para diminuir as desigualdades entre a população com diferentes características sociais, e atender suas diferentes necessidades de saúde de forma justa e equitativa, pois se reconhece a diversidade que pode estar presente no mesmo território.

Entretanto compreendemos que, para a implementação da APS, é necessária à superação de várias barreiras, dentre elas, as relacionadas a gestão e as redes de cuidado, uma vez que, segundo Assis (2015, p. 46), a “atenção [APS] deve ser coordenada e articulada em rede para proporcionar um cuidado integral”, um dos desafios do SUS. Cuidado integral, considerado, portanto, um desafio da dimensão organizativa, em que a APS se configura como parte da rede e o cuidado é realizado dentro do seu contexto.

A explicação dada por Assis (2015) frente a afirmação anterior é respaldada mediante as dificuldades visíveis pela necessidade de reordenamento da rede, bem como em assegurar que a partir da APS os indivíduos possam obter acesso aos demais níveis de atenção. Mas, enfatiza a necessidade de ênfase na gestão colocada no SUS hoje, com base na regionalização, capaz de fornecer o atendimento em redes com uma cooperação entre os municípios, independente de interferências políticas. E as melhorias dar-se-iam na formulação do modelo de gestão que seja compatível com as características de cada região, unindo a agenda política da regionalização e a produção do cuidado na APS, o que implica em maior responsabilização

dos gestores e comprometimento para prover condições para que a APS seja efetiva na sua inserção em redes, considerando-se a articulação intersetorial.

Ademais, para Heimann e outros (2011) essa articulação intersetorial [em redes] é um dos principais pontos para se alcançar a resolubilidade e uma das dificuldades da APS é em se afirmar como política que transforme o modelo assistencial de saúde, fragmentado e segmentado para efetivação do SUS como sistema universal e descentralizado, que supere as dificuldades no sentido de garantir a gestão dessas redes, tais princípios.

A base para a orientação na APS ou ABS⁷ se mostra pela forma de organização desse nível de atenção à saúde, que evoluíram ao longo do tempo, até se chegar à ESF, e para tanto, Chieza e outros (2009), e Fracoli e outros (2011) propõem uma forma de organização do trabalho que propicie o desenvolvimento da assistência de saúde integral. E, acreditamos, portanto que a ESF possibilita a organização das UBS mais acolhedoras, de melhor qualidade e com ações mais resolutivas.

A evolução da organização da ABS no Brasil ocorreu por modelos com base nos aspectos médicos e clínicos, como a Programação em Saúde, um modelo de organização que antecedeu o Saúde da Família introduzido em 1994, baseado nos moldes da saúde pública integrado aos serviços médicos (SALA et al., 2011). A ideia de Programação previa a atenção de cada grupo específico, como saúde da mulher, da criança, do idoso, programa de imunização, afunilando o conceito de acesso já que previa os grupos que tinham acesso restringindo à demanda espontânea.

Frente aos diversos contextos que foram desenvolvidos sobre a APS, a OPAS (2007), com base em estudos realizados na área, avaliou o desenvolvimento e a condução deste nível de atenção, e lançou um documento com um posicionamento político – “Renovação da APS é necessária”, cujo objetivo, entre outros, foi fortalecer e ratificar seu significado e propósito, por reconhecer a contribuição e o potencial de sistemas de saúde baseados na APS devido as contribuições e melhorias nas condições de saúde da população; além disso, reforça que a APS possibilita gerar esperança aos usuários e profissionais para o enfrentamento de problemas de saúde dos próximos 25 anos (2008-2033).

Vemos nesse documento, uma forma de estimular a defesa e manutenção dos cuidados primários essenciais para firmar o SUS como uma política de Estado e na manutenção do acesso ao direito à saúde garantidos desde a Constituição de 1988 (BRASIL, 1988). O SUS é

⁷A designação de Atenção Básica à Saúde (ABS) é a forma como a APS foi denominada no Brasil ao incorporar os princípios da RSB com ênfase na reorientação do modelo assistencial (MATA; MOROSINI, 2009). Assim admitiremos o uso de ABS com o mesmo significado de APS, que é o termo internacionalmente reconhecido.

essencial para a vida de todos os brasileiros e, sobretudo, os que dependem deste sistema para ter acesso à saúde, todavia este Sistema vem sofrendo vários golpes relacionados ao financiamento resultante da austeridade do governo em congelar o orçamento da saúde e educação, conforme a Emenda Constitucional 95 (BRASIL, 2016), que impõe um teto para os gastos públicos. Diante desta realidade, entendemos que insinua transgredir direitos, diminuir os gastos com a saúde que já sofrem por sucateamento desde sempre. Resta-nos defendê-lo enquanto bandeira de luta de todos os que trabalham todos os dias pela conquista, manutenção e proteção dos direitos sociais .

Outra medida tomada pela atual Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017) que vem gerando desconforto e preocupação por representar um retrocesso no que tange aos avanços dos cuidados primários no panorama nacional, considerada um atentado à saúde pública, pois representa um retrocesso na já consolidada ESF como forma de organização da APS, por considerar formas mais simples de equipes, denominadas Equipes de Atenção Básica (EqAB). Frente a isto, urge a necessidade em consolidar práticas renovadoras que busquem em experiências e vivências exitosas colocar os cuidados primários em evidência e atenção na busca de consolidar este nível de atenção como preconizado pela Alma-Ata.

Portanto, renovar a APS significa reacender os ideais pelos quais estamos dispostos a lutar, e não permitir que medidas verticalizadas comprometam e retrocedam às políticas excludentes e esmagadoras aos que mais necessitam. Essa renovação é focada na equidade e na solidariedade social, às quais requerem uma revisão de seu significado e suas implicações com os motivos de sua realização, para promover a utilização dos recursos, ainda que escassos, de forma equitativa, para atingir a população que mais precisa.

Entretanto, a dificuldade tange desde os marcadores políticos, até os significados trazidos pela própria APS, por ter uma concepção expansiva e confusa na declaração de Alma-Ata (LAVRAS, 2011). Os significados que a APS assumiu foi diferente até num mesmo país, destacando-se que nos países em desenvolvimento (exemplo, nosso país) em que é considerada seletiva e não universal, direcionada ao combate às ‘principais’ causas da mortalidade infantil e doenças infecciosas. Mas, apesar das limitações e/ou desrespeito aos princípios doutrinários do SUS assegurados na Constituição Federal de 1988, reconhecemos os benefícios e melhorias nos indicadores de saúde, bem como o reconhecimento da APS como principal forma de organização dos serviços de saúde pela OMS (LAVRAS, 2011; OPAS, 2007), mesmo com as dificuldades enfrentadas na sua implementação. Todavia entendemos que é necessária a superação do desafio inicial para alcance de outros patamares, inclusive no que tange a efetivação dos princípios do SUS.

Contudo, a superação poderá acontecer com a compreensão da concepção, que adentra o campo da dimensão simbólica da EqSF acerca do cuidado ofertado na APS, até porque, segundo a OPAS (2007, p.28) algumas dificuldades para a implementação eficaz referem a

[...] visão fragmentada da saúde e conceitos de desenvolvimento; indiferença quanto aos determinantes da saúde; falta de abordagem preventiva e de autocuidados; enfoque excessivo na atenção curativa e especializada; operacionalização insuficiente de conceitos de APS; diferentes interpretações de APS.

Como observamos, alguns desafios encontrados na dimensão simbólica da APS se referem, principalmente, à compreensão de saúde que leva a adoção predominante da abordagem biomédica e valorização das ações curativas. Dessa forma, o cuidado é fruto dessa simbologia e assume características fragmentadas que implicam no caráter seletivo do acesso e da atenção à saúde.

Por outro lado, a dimensão simbólica pode ser retratada na “visão e abordagem integrada à saúde e seus determinantes, promoção da saúde da comunidade e promoção da auto-responsabilidade individual, familiar e comunitária” (OPAS, 2007, p. 28).

O modo como cada país desenvolveu seus próprios ideais de cuidados primários baseou a avaliação da APS no mundo para se chegar a um documento de consenso sobre a renovação, e a partir da compreensão simbólica que envolve a concepção, visão e ideais, emergirão as transformações em outras dimensões, como a organizativa.

Por sua vez, a dimensão organizativa também teve seus desafios listado nesse documento da OPAS, com observações ao seu maior desafio: construir redes integradas nos serviços de saúde (grifo nosso). Porém, destacamos algumas dificuldades para a construção de sistemas integrados dentre elas a: “falta de coordenação e sistemas de referência e a capacidade regulatória deficiente”. Outrossim, é ressaltada como aspecto facilitador à construção das redes integradas características dos serviços de saúde: “cobertura universal como parte da inclusão social, serviços baseados nas necessidades da população, funções de coordenação em todos os níveis, cuidados baseados em evidências e qualidade (OPAS, 2007, p.28)”.

Tais características essas que correspondem à dimensão organizativa pela qual o cuidado é realizado. Segundo Assis e Abreu de Jesus (2012) elas compreendem as formas como o cuidado se organiza de acordo com a rede, e envolve ainda porta de entrada, fluxo do atendimento, barreiras geográficas, regulação/referência/contrarreferência e avaliação.

A integração da APS como parte da rede integrada de serviços dentro dos sistemas de saúde é uma discussão que abrange aspectos ligados à gestão, e que representa uma das formas de organização dos sistemas de saúde: Redes de Atenção à Saúde - RAS. No entanto, para o Mendes (2011) o principal problema do SUS consiste na incoerência entre a condição de saúde da população brasileira com forte predomínio das condições crônicas, e o sistema de atenção à saúde fragmentado, episódico, reativo e voltado prioritariamente para as condições e os eventos agudos.

A organização da APS e a coordenação do cuidado são imprescindíveis para que as Redes Integradas de Serviços de Saúde – RISS atuem efetivamente (OPAS, 2010), até porque é a Rede de Atenção à Saúde - RAS que possui atributos análogos aos propostos pela OPAS (BRASIL, 2015).

Já Mendes (2011, p. 82) concebe a RAS como

[...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade –, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adscrita e gerando valor para essa população.

Para Assis (2015) a RAS pode se compreendida a partir de dimensões integradas e complementares, sendo considerada desde integrante de territórios sociais dotados de componentes subjetivos que demarcam problemas e desafios das esferas econômica, social e cultural, envolvendo o processo saúde-doença, as crenças e valores dos grupos sociais, traduzidos pela dimensão simbólica.

A segunda dimensão por Assis (2015) refere ao modelo de saúde edificado pela RAS e revelado nas dificuldades em superar práticas procedimento-centradas, fragmentadas e individualizadas. Além disso, a autora reforça que a rede pode impulsionar o modelo de gestão democrático, redirecionando as formas de poder, essencial para a organização de um sistema integrado e resolutivo com tecnologias adequadas, sendo coordenado pela APS.

Neste sentido, objetivo do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) é ultrapassar as primeiras interpretações de APS como um programa focalizado em pessoas e regiões pobres ou como o primeiro nível de atenção do sistema de atenção à saúde para concebê-la como estratégia de organização de todo o sistema de atenção à saúde e como um direito humano fundamental (BRASIL, 2015).

Dentre as transformações propostas pela OPAS (2010), uma delas é considerar as Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) como forma de assegurar a continuidade da atenção na construção dos sistemas de saúde para proporcionar o cuidado integral da saúde. Objetivos, tanto da RAS (BRASIL, 2015) quanto das RISS (OPAS, 2010), é partir de avaliações sobre o alcance das ações da APS e colocá-la em destaque como coordenadora do cuidado dentro das redes de serviços no sistema de saúde.

Ao destacarmos o cuidado centrado na pessoa, família e comunidade como característica das RISS, significa ter o cuidado centrado sobre a pessoa e no seu contexto, considerando suas multidimensões. Porém, esse cuidado se traduz sobre o nível de conhecimento que os profissionais de saúde têm sobre a pessoa além de se adequar às necessidades específicas dos sujeitos, numa interrelação em que é preciso haver empatia, respeito e confiança por meio de decisão compartilhada. Contudo, o cuidado que é centrado na pessoa também foca nos direitos, e deveres dos usuários em relação à atenção sanitária, que em alguns países se denominam “Cartas de los Pacientes” (OPAS, 2010), e no Brasil Carta dos Direitos dos Usuários do SUS (BRASIL, 2007).

Segundo a OPAS (2010), a APS, dentro de RISS, precisa promover o cuidado integral capaz de resolver a maioria das necessidades e demandas de saúde da população ao longo do tempo e em todos os ciclos de vida, além de representar o nível do sistema que desenvolve vínculos mais profundos com os indivíduos, as famílias e a comunidade, bem como os setores sociais, facilitando a participação social e a ação intersetorial.

Além do mais, vemos a APS como a base de todas as ações necessárias para a continuidade do cuidado integral ao longo da rede de atenção. É uma premissa que a coloca num ponto chave da rede de onde emanam todas as demandas de atenção, que em sua maioria já foram atendidas por meio dos cuidados primários, considerando-se a resolutividade e a proximidade dos usuários ao propiciarem vínculos e construindo as relações entre sujeitos.

Dessa forma, de acordo com Oliveira e Pereira (2013), a estratégia atualmente utilizada no Brasil como forma de organização da APS é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), ao buscar centrar-se na família com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde que envolvam além do atendimento médico, o reconhecimento das necessidades por meio de vínculo entre profissionais e usuários. Esse vínculo se constitui uma aproximação que propõe uma compreensão ampliada do processo saúde-doença vivenciada, o que implica em intervenções mais complexas, e requer o uso de tecnologias diversificadas.

Esta forma de organização proposta segue os princípios e diretrizes do SUS e da APS, pois acreditamos que possibilitam melhores resultados quando comparada às outras formas de

organização da APS. Além disso, ao tentar consolidar a Atenção Primária como coordenadora de rede a partir da resolução de problemas de acordo com sua capacidade tecnológica e ordenamento das necessidades precisam ser articuladas e resolvidas nos demais níveis de atenção.

2.2 CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE: SABERES, PRÁTICAS E RELAÇÕES ENTRE SUJEITOS SOCIAIS (CUIDADOS E CUIDADORES)

A palavra cuidado tem por definição o ato de tratar, ter desvelo por, nos remetendo a entender a definição de desvelo que consiste no cuidado extremo: dedicação (XIMENES, 2000). Alguns significados de cuidado conciliados por autores como Pinheiro e Mattos (2005), Souza e outros, (2005), Backes e outros (2006) incluem aceitação, compaixão, envolvimento, preocupação, respeito, proteção, amor, paciência, presença, ajuda, ter desvelo, zelo, atenção e compartilhamento. Neste sentido, Backes e outros (2006) concebem o cuidado como parte integrante da existência humana como manifestação de compartilhamento, de troca e de reciprocidade.

Outrossim, na área da saúde a palavra cuidado tem um significado mais amplo. Todavia, os profissionais de saúde precisam reconhecê-lo como processo interativo e participativo para que, concretamente, possam produzir o cuidado aos usuários, tornando-o essencial para o desempenho da atenção à saúde.

Para Waldow (2004), historicamente o conceito de cuidado de enfermagem tem um entendimento de desempenho de técnicas e procedimentos, os quais ainda hoje são valorizados, bem mais que o próprio corpo humano. Contudo, ressalta que a enfermagem, ao assumir esta prática não cuida, e sim realiza ações e procedimentos, tendo sua atuação centrada apenas em tarefas, o que distancia a enfermagem da prática humana e solidária precursora de sua história, deixando de exercer o cuidado, para se aproximar das tecnologias que sempre giraram em torno do modelo biomédico vigente, ou seja, o “cuidado” dos indivíduos focado em procedimentos devido a agravos e doenças. Da mesma maneira, que distanciou a enfermeira do cuidado direto, também repercutiu nas práticas que hoje assumem a gestão do cuidado.

Segundo Merhy e Franco (2003), a superposição das tecnologias leve-dura e/ou duras, em detrimento das tecnologias leves, envolvidas no processo de trabalho que tem o foco e o objeto na doença, e não nas necessidades dos indivíduos podem levar a uma produção

mecânica que não corresponde ao ato de cuidar. Neste sentido, as tecnologias duras se referem ao ato prescritivo e aos procedimentos, uso de maquinário, estruturas e normas organizacionais. As leve-duras consistem em saberes técnicos alicerçados cientificamente, com bases em teorias e modelos. Já as tecnologias leves implicam na produção do cuidado e representam o caráter relacional na forma de interação entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos.

O que ocorre é uma composição técnica do trabalho que se relaciona a uma execução de procedimentos com abordagem prescritiva e superposição dos saberes técnicos em detrimento da produção de um trabalho alicerçado em tecnologias leves, ou seja, relações entre os sujeitos de modo a acolher e produzir vínculo, implicando em responsabilização que levem a projetos terapêuticos singulares.

E neste sentido, para Waldow (2001), o cuidado necessita ser revisitado como uma produção que exige um processo que compreenda ações, atitudes e comportamentos com base em conhecimento científico, experiência, intuição e pensamento crítico que envolva o ser cuidado, considerando suas inquietações, opiniões e sua autonomia, para promover sua dignidade e todos os aspectos ligados à sua existência humana, como plenitude física, social, emocional, espiritual e intelectual, sendo também processo de transformação dos sujeitos envolvidos.

Já Ayres (2004, p.21) coloca que, a palavra cuidado é amplamente utilizada na saúde, se refere “as relações dessa centralidade dos projetos no modo de ser dos humanos, com os modos de compreenderem a si e a seu mundo e com seus modos de agir e interagir”. Essa troca de concepções e de modos de ser, de compreender, e o modo de felicidade é o que permeia a relação de cuidado, que é viabilizada por meio das negociações para se chegar a um denominador em comum.

Diante das diversas concepções/entendimentos sobre o cuidado, vemos que ele abrange uma complexa rede de processos interligados que tem como variáveis o ‘ser cuidado’ e ‘ser cuidador’, que devem participar ativamente do processo, uma vez que o ser cuidado passa de sujeito passivo, para ativo nas ações de saúde. Para tanto, o ser cuidador precisará estar atento a cada usuário para realizar um cuidado único e personalizado, o que exige transformação dos sujeitos, ou seja, estar aberto para perceber a necessidade de saúde de cada um, e assim como atentar para que o outro se transforme com as ações conjuntas construídas, diante da ‘nova’ percepção do seu processo saúde-doença.

É neste encontro de sujeitos que segundo Ayres (2004, p. 22) surge a relação de cuidado considerado como encontro terapêutico. Os encontros terapêuticos necessitam

abranger não só os aspectos técnicos, mas, sobretudo, a valorização do humano, o relacional, uma vez que esta “permeabilidade entre o técnico e o não técnico é o que importa para a humanização, mantendo o diálogo entre essas dimensões”.

Já Terra e outros (2006, p. 167) complementam que para estabelecer essa relação, é necessário ver o outro [ser cuidado] considerando seu caráter multidimensional em sua integralidade. Esta condução só é possível com sensibilidade e disponibilidade para adentrar o “processo de viver de cada pessoa”.

Concordamos com Waldow (2004), que ao tomarmos como foco as singularidades de cada usuário, fica claro que o cuidado nunca será igual, pois haverá sempre transformações na forma de fornecê-lo, organizá-lo e implementá-lo. Para tanto, o cuidado precisa envolver o contexto daquele usuário, significando corresponder aos seus aspectos físicos, sociais, pessoais, psicológicos e seu estado atual. Ou seja, mesmo antes de iniciar o processo propriamente dito, a produção do cuidado passará pelo julgamento crítico do profissional que o adequará às necessidades de saúde daqueles usuários.

Outro aspecto relevante é que cada profissional exercerá um cuidado diferenciado, a partir de suas características pessoais, sua experiência, seu conhecimento teórico-prático, bem como o ambiente que ele está inserido. Sendo assim, o cuidado promove transformação dos indivíduos envolvidos, bem como crescimento e enriquecimento profissional além de benefícios aos usuários que se sentem mais capazes e percebem sua autonomia mesmo em espaços que não sejam comuns da sua convivência.

Dentro do contexto da APS, o cuidado integral de enfermagem está ligada ao fazer da enfermeira (o) e da equipe de enfermagem que se pauta na utilização de tecnologias leves, no compromisso com a vida do outro que tem sua vida em comunidade e deve ser acolhido com finalidade de promover a formação de um vínculo seguro e que desperte a confiança entre os sujeitos envolvidos no cuidado com resolutividade e fortalecimento da autonomia. Porém, vemos nesse afastamento do cuidado direto aos usuários a mudança de toda uma ótica que deveria romper com a estruturação do cuidado para cura e enfoque na doença, e sim para o cuidado na promoção da saúde e na consecução de princípios que orientem o cuidado para o *corpus* social (MOREIRA; LOPES; DINIZ, 2013; LUCENA et al., 2006; PENNA; FARIA; REZENDE, 2014).

Segundo Assis, Nascimento, Franco e Jorge (2010) discutem como eixos orientadores do cuidado: o acesso, acolhimento, vínculo, responsabilização, resolutividade. Estes dispositivos alicerçam a dinâmica envolvida no processo de cuidar, capazes de redirecionar o modelo de saúde. Sem tais dispositivos, o cuidado não se conforma, pois cada um deles

exerce influência no estreitamento das relações, na aproximação com as necessidades, com os desejos do outro, para então compreendê-lo e tentar partilhar encontros de pessoas que produzam cuidado integral em saúde.

O cuidado requer, portanto, alguns dispositivos referidos que se baseiam no contato e na capacidade relacional dos indivíduos e coletividade, Merhy (2004) denomina de “trabalho vivo em ato” que acontecem nos encontros entre os sujeitos e por meio dos vínculos formados, buscam juntos a melhor opção para o cuidado. É um trabalho que se baseia no uso de tecnologias leves, e reflete o envolvimento entre os sujeitos.

O trabalho em saúde passa então a ter outro significado, e nos permite enxergar as redes que são estabelecidas mediante encontros com fluxos constantes entre os sujeitos, que podem ser desde fluxos operativos, políticos, comunicacionais até simbólicos e subjetivos (AYRES, 2012; ASSIS et al., 2015).

Para Assis e outras (2015), o cuidado integral envolve esses dispositivos que compõem a dimensão técnica por entenderem que possibilitam o alcance de uma prática de saúde coerente com o SUS, além de possibilitar a interação, interrelação e compartilhamento de diferentes saberes entre profissionais e usuários, sendo este último o centro do cuidado.

Isto implica uma visão ampla de saúde, base das intervenções, com valorização das necessidades daqueles que demandam por atenção, e que integre as necessidades biopsicossociais, culturais e subjetivas, contempladas em ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde (BRASIL, 2011).

Compreender o cuidado integral a partir das dimensões técnicas e simbólicas nos leva a dialogar com o modo como se conforma dentro do sistema de saúde, em especial na APS. Abreu de Jesus e Assis (2010) destacam a Saúde da Família como uma das formas de organização da APS no Brasil, espaço considerado para a aproximação e a interação simbólica, uma vez que poderá promover vínculos horizontais das relações entre os sujeitos envolvidos no cuidado – profissionais de saúde e usuários. Ou seja, um contato que, ao longo do tempo, possibilita a promoção e a aproximação necessária para que haja interação simbólica entre os sujeitos, podendo resultar em mudanças, bem como na transformação das práticas.

Ressaltamos que, a partir da dimensão simbólica, as outras dimensões serão visualizadas e compreendidas, já que o alcance de sua magnitude requer conhecer as visões de mundo, concepções, ideias, metáforas e desejos de uma sociedade engendrada historicamente, os mecanismos de dominação e subordinação, e a conjuntura socioeconômica e ideológica de uma sociedade (ABREU DE JESUS; ASSIS, 2010). A partir da subjetividade é que o *modus*

operandi acontecerá. Cabe dizer que a dimensão simbólica define a forma como a dimensão técnica se conformará.

3 CAMINHAR METODOLÓGICO

O método, segundo Laville e Dionne (1999) derivado do grego *methodos*, formado por *meta* que significa para e *hodos*, significa caminho. Em outras palavras, caminho para, prosseguimento, pesquisa. Assim a metodologia representa o caminho a ser seguido para alcançar os objetivos da pesquisa científica. Dessa forma, Minayo (2010) concebe o percurso metodológico como a apresentação adequada e justificada dos métodos, técnicas e dos instrumentos operativos a serem utilizados na pesquisa.

3.1 DIMENSÃO TEÓRICO- METODOLÓGICA: HERMENÊUTICA CRÍTICA

3.1.1 Linha de pensamento, natureza e tipologia do estudo

A Hermenêutica, termo proveniente do grego *hermeneutikós* que significa interpretar, tem sua origem teológica por designar a metodologia utilizada para interpretação dos textos antigos, em especial os textos bíblicos. Posteriormente, o termo passou a se referir à interpretação e seus esforços para explicar os textos. Dilthey, filósofo alemão fez a vinculação entre o termo Hermenêutica e sua Filosofia de compreensão vital, ou visão de mundo (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2006).

O filósofo alemão, Hans-Georg Gadamer, representante principal da corrente Hermenêutica do seu país foi aluno de Heidegger, o qual influenciou seus pensamentos com a interpretação do ser histórico por meio da manifestação da linguagem, entendida como forma de expressão da experiência humana. Além de Heidegger, Dilthey e a tradição Hermenêutica alemã também esculpiram esse pensamento para Gadamer (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2006).

A proposta Hermenêutica de Gadamer, considerada como tradicional, propõe uma interpretação que se aproxime com o conteúdo, no que ele próprio diz, interpretando o objeto em seu contexto do qual se destaca (GADAMER, 2015). Uma proposta que é baseada e influenciada pela filosofia de Heidegger de que compreender é ação inerente à condição humana no fato de ser lançado no mundo. Admite os preceitos de sua corrente como a compreensão do ser como ser histórico e sujeito à facticidade. Além disso, comunga que a interpretação só é possível a partir da compreensão.

Para Minayo (2002, p.98) a Hermenêutica guia a compreensão de sentido que ocorre na comunicação entre os sujeitos. Parte da linguagem como interseção e resultado do entendimento e da intersubjetividade, considerando esta última como base do processo científico e da ação humana. A autora ressalta ainda que “sob a ótica da Hermenêutica, entender a realidade que se expressa num texto é também entender o outro, é entender-se no outro, movimento sempre possível, por mais difícil que pareça à primeira vista”.

A principal ação da Hermenêutica considerada “consciência histórica”, por Minayo (2002), é aquela que consiste na capacidade de se colocar no lugar do outro, e este outro pode ser o eu do passado, que é diferente do eu do presente. Por conseguinte, destaca que a relação temporal [vista dentro da narrativa], compreendida dentro do presente em que o passado e o futuro se tocam mediada pela linguagem, e por isso constituída como forma de compreender o processo de intersubjetividade e objetivação da experiência humana.

A compreensão, segundo Gadamer (2015), só é realizada com o estranhamento, que surge a partir da tentativa fracassada de entender a linguagem finita, incompleta, própria e translúcida. Logo, a Hermenêutica, segundo Minayo (2002), ocorre no campo da intersubjetividade dentro e fora dos seus limites, entre o estranho e o familiar.

Entretanto, para tal compreensão é necessário esclarecer que não se deve buscar a intenção do narrador, mas buscar nas palavras e sentidos o real significado que diz mais do que ele quis dizer. De acordo com Minayo (2002), ainda que, a compreensão diga respeito ao comum em comparação e ao específico, que caracteriza as peculiaridades da individualidade de cada autor, é necessário negar a contemplação, pois implica autoalienação que impede a aproximação do investigador à realidade histórica. Para a autora compreender não é apenas captar à vontade ou desejos das pessoas, pois nem os próprios sujeitos se esgotam no momento que falam ou exprimem tudo que são, uma vez que ele resulta da influência do contexto e das relações e não só da sua vontade ou personalidade.

Além disso, ao discorrer sobre a linguagem como horizonte de uma ontologia Hermenêutica, Gadamer (2015) concebe-a como tradução da experiência de mundo. Ressalta também que a Hermenêutica é referida como própria da ontologia da Hermenêutica histórica, admitindo a facticidade do ser. A partir da linguagem o ser expressa sua experiência no mundo, e por ela é possível compreender sua existência. Neste caso, a linguagem será transcrita em textos que formarão as narrativas dos participantes para então ter a sua compreensão, considerando a existência da consciência histórica que implica no entendimento que o ser é, sobretudo, histórico.

A compreensão de narrativas sob o paradigma hermenêutico aproxima os sujeitos no momento da concepção da linguagem, e essa relação poderá possibilitar vivenciar a compreensão de mundo e de existência de cada sujeito. Ao narrar, o sujeito se encontra com seu eu do passado e encara as transformações que passou até formar o seu eu presente, contando histórias e o contexto que influenciou na construção do eu. Nesse sentido, a Hermenêutica compreende a narrativa como texto, oportunizando à compreensão do que o narrador quer transmitir e até a avaliação do contexto, a visão de mundo por trás da narração.

A proposta da pesquisa consiste em estudo crítico reflexivo de abordagem qualitativa, o qual, segundo Assis e Jorge (2010), é indicado para o campo da saúde por se tratar de um ramo transversalizado por saberes interdisciplinares e aspectos relacionados com a teoria e a prática, além de processos de trabalho, políticas e avaliação de programas e serviços de saúde. Portanto, considerando-se as características singulares desse tipo de estudo, ele busca compreender os significados relativos à subjetividade dos participantes envolvidos. Assim, vimos que tal abordagem foi adequada para captar o sentido simbólico do processo de cuidar na APS, pois se aproxima do aspecto subjetivo de cada participante para analisar a dimensão técnica entre o que se fala e concebe e o seu fazer.

Diante da escolha da abordagem de uma pesquisa qualitativa, optamos por um estudo do tipo hermenêutico crítico, fundamentado em Gadamer (2015).

3.2 CENÁRIOS DA PESQUISA

O estudo foi realizado no município de Senhor do Bonfim, situado ao norte do Estado da Bahia, distante 376 km da capital do estado, com mais de 80 mil habitantes. É considerado um centro de confluência de uma região com mais de 360 mil habitantes por abranger municípios como Jaguarari, Campo Formoso, Andorinha, Antonio Gonçalves (IBGE, 2015). É o Município polo da 24ª região de saúde do Estado da Bahia, abrangendo nove municípios (BAHIA, 2012).

Segundo o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES (BRASIL, 2016), a cidade conta com 116 estabelecimentos de saúde, dispendo de dois hospitais gerais, um público e um privado, que atendem a demanda da região, além de um laboratório central de saúde pública – LACEN, quatro unidades móveis de nível pré-hospitalar de urgência e emergência e 16 EqSF implantadas com cobertura populacional de 63,6% (BRASIL, 2017).

O campo propriamente dito para a realização desta pesquisa foram sete (7) Unidades de Saúde da Família (USF), entre elas, duas (2) localizadas na zona rural e cinco (5) na zona urbana, por representarem um modo de organização da APS que privilegia a interação entre os indivíduos e famílias, e por nos possibilitar observar cenários diversificados. As USF foram escolhidas inicialmente pela diversidade de localidades que abrangeram USF localizadas nas áreas centrais e periféricas da zona urbana e da zona rural. Uma USF não foi incluída, pois não atendia aos critérios de inclusão, destacados a seguir: equipes completas⁸, com mais de um ano de implantadas e localizadas na zona periférica, rural e urbana.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Dividimos os participantes da pesquisa em dois grupos a fim de obtermos diferentes narrativas sob diversos olhares entre os que cuidam e os que são cuidados. Para tanto, denominamos grupo 1 a equipe de Saúde da Família (EqSF)/de enfermagem, representando o olhar de dezessete (17) trabalhadores de saúde que prestam o cuidado, dentre eles, sete (7) representados pela EqEnf. Não foi possível incluir a equipe NASF, pois a mesma estava em estruturação, devido a realocação de profissionais durante o processo de coleta de dados. O grupo 2, dos usuários das USF representados por seis (6) deles, totalizando-se 23 participantes que estavam em atendimento na unidade, após a leitura, consentimento e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O número de participantes, mas, para manter com ética o rigor empregado para a investigação científica o número de participantes foi definido pela saturação teórico empírica relacionado ao objeto em análise.

Para tanto, elaboramos critérios de inclusão e exclusão demonstrados no quadro 01. Foi excluído da pesquisa um participante por não atender aos critérios de inclusão das USF.

Quadro 1 Critérios de inclusão e exclusão dos participantes, Senhor do Bonfim/BA, maio-julho, 2017.

PARTICIPANTES	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Grupo 1 Equipe de Saúde da Família e Equipe de enfermagem	Atuar na USF e possuir, no mínimo, seis (6) meses de experiência profissional.	Afastados do serviço: gozo de licenças médica, gestação, prêmio ou afastamento quer para outro serviço, quer para licença sem vencimento.

⁸Entende-se por equipe completa, equipe mínima – médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde – acrescida de cirurgia-dentista e auxiliar de consultório dentário, como integrantes da equipe multiprofissional (BRASIL, 2011).

Grupo 2 Usuários	Idade maior de dezoito anos, estar cadastrado na USF há pelo menos seis (6) meses em atendimento.	
------------------	---	--

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Escolhemos como técnicas de coleta de dados a observação sistemática e a entrevista narrativa, de acordo com os objetivos propostos (Quadro 2).

Quadro 2 Técnica de coleta de dados segundo os objetivos do estudo.

Objetivos	Técnica de coleta de dados
Compreender como a EqSF e de enfermagem e usuários concebem o cuidado integral na APS em relação às dimensões organizativa, técnica e simbólica em um cenário da Bahia, Brasil.	Entrevista narrativa e observação sistemática.
Analisar como a EqSF e de enfermagem e usuários atribuem sentidos e significados ao cuidado integral na APS.	Entrevista narrativa.
Discutir como é produzido o cuidado integral pela EqSF na APS.	Entrevista narrativa e observação sistemática.

A técnica inicialmente utilizada foi a observação sistemática, no momento das visitas às USF que antecederam as entrevistas com os participantes. Segundo Gil (2009), a observação sistemática consiste em aspectos ligados ao objeto de estudo que demarca o que observar, a partir de um roteiro (Apêndice A).

Já a entrevista é, segundo Minayo (2010), a técnica mais usada no processo de trabalho de campo; é acima de tudo uma conversa entre dois ou mais sujeitos, a fim de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa. Complementa ainda que na entrevista, ao mesmo tempo em que valoriza a presença do pesquisador, poderá oferecer as perspectivas possíveis para que o participante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, o que possibilita enriquecer a investigação.

O tipo de entrevista foi a entrevista narrativa concebida por Schutz (2017) como uma descrição narrada do significado subjetivo que o indivíduo dá para determinada atividade, que

ocorre ao colocar o indivíduo em uma situação o mais confortável e espontâneo que explore sua capacidade biográfica. Além disso, de acordo Fanton (2011), ao iniciar a entrevista narrativa, deve-se partir de uma questão ampla de fácil apreensão para o entrevistado, assim como a formulação das questões guia-se pela própria fala do entrevistado.

Os tópicos que nortearam nossa entrevista além de serem baseados nos objetivos e questões de investigação, também buscaram incluir a fala do entrevistado a fim de incentivar a narrativa pelos participantes profissionais da EqSF/de enfermagem (Apêndice B) e usuários (Apêndice C). Para Manzini (2003), os roteiros das entrevistas têm o propósito de orientar os relatos dos entrevistados e, desta forma, permitir que o recorte temático da pesquisa esteja contemplado com o planejamento da coleta com perguntas básicas para atingir os objetivos do estudo.

Com os dados da entrevista e observação sistemática obtivemos uma triangulação de técnicas e de participantes que nos possibilitaram maior aproximação com os participantes e com o campo de análise, até porque segundo Araújo e Borba (2004), é um procedimento importante para a pesquisa qualitativa, já que busca diferentes técnicas de coleta de dados.

Um resumo da coleta de dados, envolvendo os participantes está ilustrado na figura 1.



Figura 1 Técnicas de coleta de dados utilizadas neste estudo com EqSF/enfermagem e usuários. Senhor do Bonfim/BA, maio-junho, 2017.

3.5 APROXIMAÇÃO DA PESQUISADORA NOS CAMPOS DE PESQUISA

Inicialmente, fizemos um contato com a Secretaria Municipal de Saúde – SMS do município de Senhor do Bonfim/BA informando sobre o início da coleta de dados, e assim iniciar também como a socialização junto aos trabalhadores sobre a realização da pesquisa. Posteriormente, realizamos visitas às USF do município em dias alternados para proporcionar

uma aproximação com diversos profissionais que compõem as equipes, bem como com os usuários das unidades. No momento das visitas, apresentamos o projeto de pesquisa, explicitando objetivos, riscos e benefícios, sigilo, anonimato e privacidade durante a coleta de dados. Após esse contato inicial, agendamos as entrevistas narrativas com os trabalhadores de acordo com sua disponibilidade, bem como a abordagem aos usuários para participação da pesquisa.

Para a coleta, agendamos encontros com os participantes em local cedido na própria unidade para que os entrevistados se sentissem livres para participar da entrevista e narrar suas experiências do cuidado integral. Além disso, o encontro com cada sujeito ocorreu em um espaço privilegiado para essa compreensão foi baseado em uma postura flexível, acolhedora, para que possibilitasse ir além do planejado, de acordo com o que o sujeito refere na sua narrativa.

3.6 ANÁLISE DE EXPLICAÇÃO DA REALIDADE EMPÍRICA: ANÁLISE DE NARRATIVAS

A análise de narrativa, segundo Good (1994) é um método de investigação que possibilita o conhecimento acerca das experiências vividas pelas pessoas associadas aos significados, atividades ou eventos. As narrativas possibilitam apreender os significados presentes entre as representações sociais e as experiências vividas, e segundo os autores, um passado, presente e futuro de forma articulada. Ao narrar, poderão emergir novas reflexões sobre experiências subjetivas a partir de novos acontecimentos refazendo perspectivas passadas.

É um tipo de análise vem crescendo em meio às pesquisas qualitativas, baseadas em pressupostos filosóficos da Fenomenologia, Hermenêutica e do Existencialismo (STEIHAUG; MALTERUD, 2008; ONOCKO CAMPOS; FURTADO, 2008; SERPA JUNIOR, et al., 2014; JORGE, 2015). Dentro desta perspectiva, a Hermenêutica se refere às várias formas da teoria da interpretação e busca, a partir da linguagem, compreender o processo intersubjetivo do indivíduo no mundo em relação ao objeto em estudo.

Segundo Onocko-Campos e Furtado (2008), é possível, com a narrativa, mediar o discurso e a ação; é considerado um método privilegiado para investigar novas práticas em saúde além de constituir um modelo político essencial para análise das práticas e discursos

dos sujeitos envolvidos nos serviços do SUS. Dessa forma, possibilita uma análise que não permite dicotomizar as ações, resultantes da interrelação das forças sociais para descrever relações possibilitadas pelo fluxo histórico e social. Esse tipo de texto descreve o “caráter temporal da experiência humana” (RICOEUR, 1994, p. 15) que assume características temporais, necessárias à compreensão pelo homem, que se situa em meio ao tempo. As características se aproximam dos preceitos da análise gadameriana, na qual os sujeitos são considerados históricos e compartilham essa experiência por meio da linguagem.

Para esta análise, as entrevistas audiogravadas foram transcritas em forma de texto para serem interpretadas, pois para Ricoeur (1991) mais que uma comunicação intersubjetiva, o texto é revelador de aspectos da historicidade humana. Em outras palavras, o texto escrito se liberta dos sentidos que o autor lhe deu e possibilita outras interpretações pelo leitor, que tentará dialogar com suas próprias percepções.

O processo de interpretação, segundo Ricoeur (1991; 1995), faz a mediação entre a vida vivenciada e a linguagem e se desdobra em quatro fases ilustradas na figura 2 a seguir:

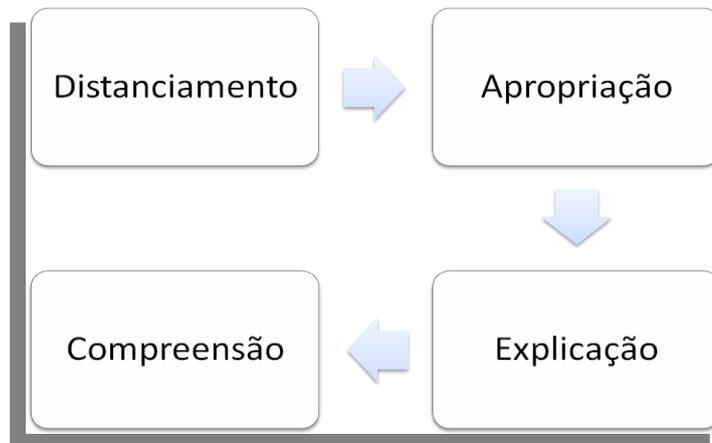


Figura 2 Etapas da análise das narrativas (RICOEUR, 1991; 1995).

A fase de distanciamento consistiu na transformação da língua falada em língua escrita, na transcrição das entrevistas em texto. A apropriação correspondeu à fase de leituras e entendimento geral do texto quando as pesquisadoras se apropriaram do seu significado, transformando-o em algo familiar, próprio, segundo suas mediações de conhecimentos e experiências.

A partir da transformação da língua falada em escrita e após a fase de apropriação, os textos foram submetidos à análise do *software* NVivo, versão 11 *Pro for Windows*, a fim de

apoiar a fase de explicação sobre o que o próprio texto diz por meio da organização dos dados a partir de unidades de análises – ou “nós”, que emergiram das convergências das falas. Uma estratégia que buscou proporcionar maior coerência na interpretação dos dados com o armazenamento, descrição de forma sistematizada das unidades de análise para seguimento dos demais passos inerentes à interpretação, compreensão e construção das narrativas.

Por fim, a fase de compreensão possibilitou às pesquisadoras a apropriação do que o texto fala. Essa última fase, segundo Geanellos (2000), ocorre num processo interativo de duas formas, simples, de uma forma mais geral, e profunda que possibilita a compreensão profunda e ampla do que foi dito e do velado, e que depende dos conhecimentos prévios do leitor para seu desvelar.

O cerne da teoria de Gadamer (2015) é explicar como fugir do círculo fechado das concepções anteriores para manter um constante interpretar, a ponto de substituir os pré-conceitos, através da comunicação, por conceitos novos mais adequados aos sujeitos. (BONFIM, 2010). Para isso, inicialmente realizou-se uma síntese geral das convergências dos dados para compreensão do universo, e a partir daí as interpretações passaram a ser realizadas de forma particular, relacionando cada unidade de análise ao todo e vice-versa, destacando-se os dados referentes à equipe de enfermagem como parte do universo de profissionais, e usuários como parte do universo de participantes.

Do processo de compreensão a partir de pontos de conexão que podem ser articulados com o pensamento de Heidegger (GADAMER, 2015) baseado no círculo hermenêutico, a análise das narrativas sobre o cuidado integral, baseou-se num diagrama do caminhar de interpretar as partes de cada narrativa dos participantes de cada grupo, bem como de cada dimensão de análise do cuidado integral conforme figura 3.

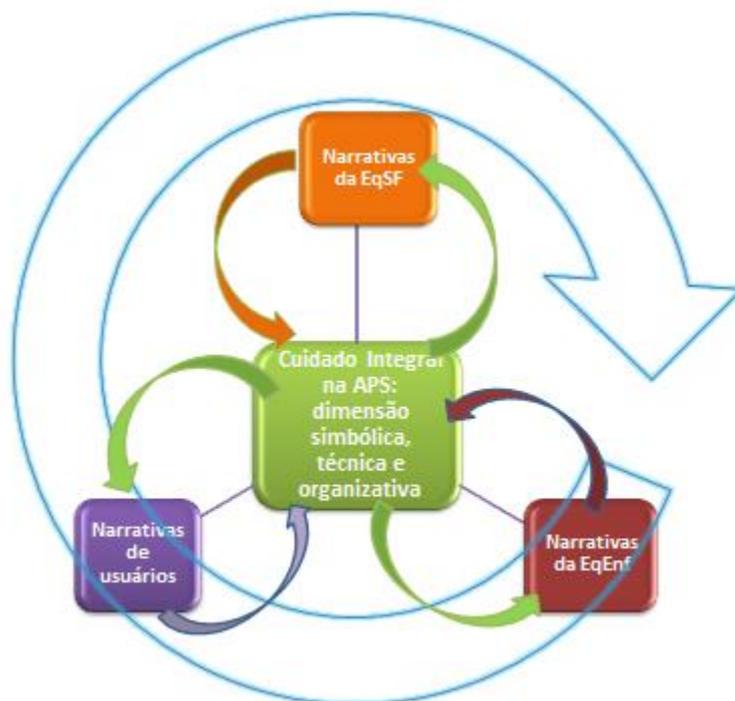


Figura 3 Círculo hermenêutico das narrativas acerca do cuidado integral na ESF de um município baiano, 2017.

Ressaltamos que a identificação das narrativas no item 4 Análise e Discussão dos Resultados são representadas de acordo com cada grupo de participantes deste estudo. Por exemplo: após cada narrativa, ela receberá a letra correspondente E (entendida como EqSF e de Enfermagem) e a letra U (Usuário) acompanhada de um número.

3.7 QUESTÕES ÉTICAS

A Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) determina as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos. Em obediência a esta Resolução, a pesquisa foi conduzida com precaução para que todos os direitos dos participantes da pesquisa sejam respeitados, tendo elaborado e utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D).

A pesquisa assegurou o anonimato das informações, buscando respeitar a integridade moral, intelectual, social e cultural dos sujeitos envolvidos na pesquisa, assim como todos os participantes aceitaram participar da pesquisa e assinaram o TCLE. Os dados foram coletados

por meio de gravações permitidas por alguns participantes que foram gravadas em CD e estão arquivadas no NUPISC, respeitando o sigilo e anonimato das informações.

A pesquisa teve como benefícios proporcionar reflexões críticas sobre as concepções e práticas do cuidado integral na APS de Senhor do Bonfim – BA, além de proporcionar através destas reflexões contribuições nas práticas dentro da APS no contexto nacional.

Os possíveis riscos se relacionaram ao desconforto conforme o surgimento de conflitos de opiniões, mediante os diálogos desenvolvidos que pudessem provocar sentimentos de fiscalização de práticas por partes dos trabalhadores ou dos usuários. Por outro lado, os sujeitos puderam a qualquer momento desistir de participarem da pesquisa.

A coleta de dados somente foi realizada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética na Pesquisa da UEFS, sob o número 2.039.015 (ANEXO A), e da permissão de entrada no campo de pesquisa pela Secretaria Municipal de Saúde do município em estudo.

Após os procedimentos de análise e discussão, a pesquisa será apresentada no cenário pesquisado por meio de relatório, bem como, por meio de artigos em eventos científicos e periódicos nacionais e internacionais.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As narrativas convergiram para a construção de unidades de análise que revelam como o cuidado é compreendido pelos sujeitos sociais (EqSF e usuários), estabelecendo conexões com as dimensões organizativa, técnica e simbólica, além dos dispositivos que as constituem (ASSIS; ABREU DE JESUS, 2012). Assim, os resultados são apresentados e discutidos neste item, tendo em vista os sentidos e significados que emergiram na construção das sínteses das narrativas dos sujeitos dispostas no quadro 3 (ANEXO B) e traduzidas na figura abaixo.

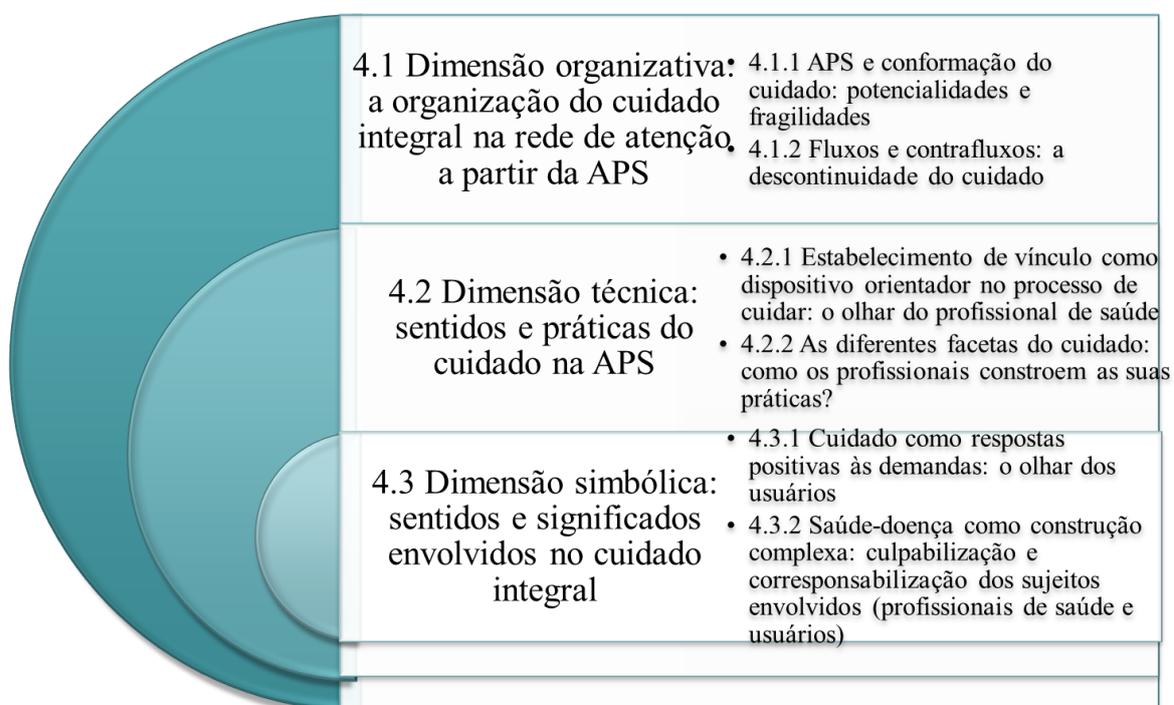


Figura 4 Sínteses da unidade de análise (cuidado integral na ESF) em relação às dimensões de análise (organizativa, técnica e simbólica) em um município baiano, 2017.

4.1 DIMENSÃO ORGANIZATIVA: A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL NA REDE DE ATENÇÃO A PARTIR DA APS

A organização da produção do cuidado na APS, no *locus* da ESF do município estudado é representada na figura 5. A construção desta síntese aconteceu a partir das observações das dinâmicas dos serviços e da compreensão dos sentidos atribuídos nas narrativas da EqSF e de enfermagem e usuários que operam o cotidiano da unidade de saúde,

com destaque para os componentes da dimensão organizativa desde a porta de entrada até a regulação e avaliação na conformação do cuidado na rede de atenção à saúde.

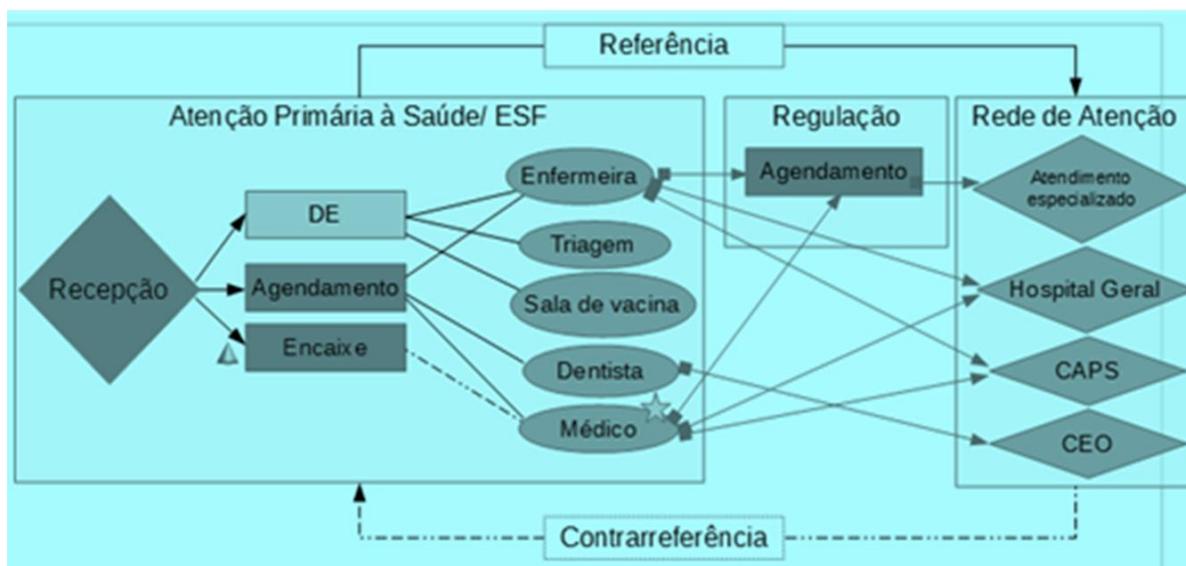


Figura 5 Representação do fluxo organizativo do cuidado integral na ESF de um município baiano, Brasil, 2017.

Visualizamos na Figura 5 as formas de acesso e entrada nos serviços da ESF por meio da recepção. A forma como o fluxo de atendimento é organizado dar-se-á por meio de agendamentos com base em ações programáticas, demanda espontânea (DE), ou de “encaixe”, (representado com linhas pontilhadas) que consiste numa forma de acesso negociada entre os sujeitos para acessar as consultas médicas, caso tenha alguma necessidade persistente ou outras situações que facilitem sua entrada no serviço de saúde.

Na figura 6 são evidenciadas as características de cada componente da dimensão organizativa da APS.

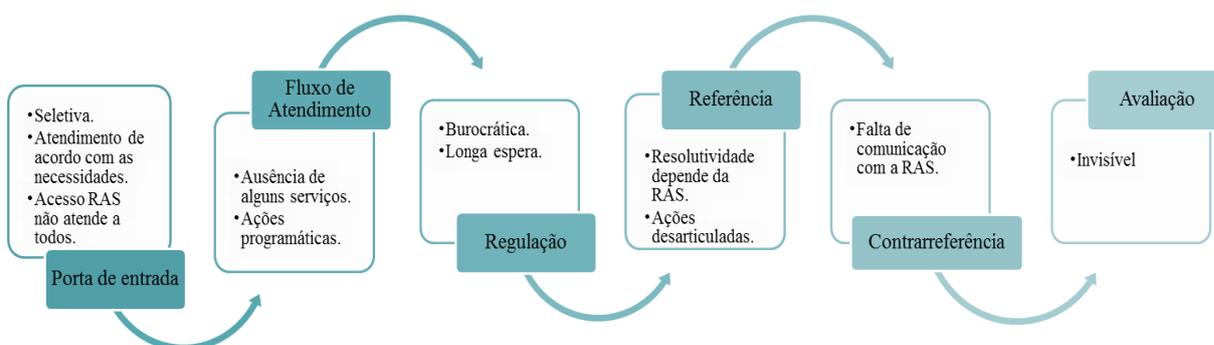


Figura 6 Características organizativas na ESF de um município baiano, Brasil, 2017.

O fluxo de atendimento por nós observados dar-se-á na oferta dos serviços tais como consultas de enfermagem, consultas médicas, triagem, sala de vacina, atendimento odontológico, assistência farmacêutica; em algumas unidades observamos também serviços de especialistas. Para Amorim e outros (2014) a orientação do fluxo se dá conforme os paradigmas medicalizantes, o que propicia um cuidado focado nas tecnologias duras. Assim como o acesso remonta a ações programáticas a grupos específicos.

Particularmente, nas unidades da zona rural o médico é invisível, visto que, não dispõe deste profissional, ou em caso de atendimento em algumas USF em dias alternados. Ainda assim, o fluxo é determinado pelas ações programáticas e atendimento a grupos específicos. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo que conclui o foco da gestão da APS de forma seletiva com foco em indivíduos com doenças crônicas (BAUM et al., 2016; BAUM et al., 2017) e na forma seletiva que caracteriza as ações da APS (MACEDO; MARTIN, 2014).

A referência acontece pelo encaminhamento da enfermeira, médica ou dentista que direcionam o usuário aos demais pontos da rede de atenção, de acordo com as necessidades evidenciadas. Outrossim, a regulação para acesso a outros serviços da rede ocorre por meio de agendamentos na central de marcação, ou na própria unidade por meio de cotas nos casos de unidades da zona rural. Já as referências dos casos de urgência prescindem de marcação e é feita diretamente para o hospital ou Centro de Especialidades Odontológicas, bem como os casos que precisam dos serviços do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-I e CAPS –AD).

A contrarreferência é representada na figura 5 com linhas pontilhadas, por se caracterizar como uma fragilidade, uma vez que, em muitos casos não acontece, referido pelo próprio usuário, e/ou pelos agentes comunitários de saúde (ACS).

A avaliação como elemento da dimensão organizativa apesar de ser considerada invisível nos serviços ocorre de forma velada na ESF pelos profissionais que realizaram o encaminhamento inicial, trazendo na visão dos usuários elementos que são utilizados para avaliar os serviços, seja por meio do diálogo direto com os usuários ou por meio do ACS. Tivemos a oportunidade de observar que há uma dificuldade em estabelecer a contrarreferência, evidenciando um problema informacional já que quem traz as informações são os usuários o que se configura como um descompasso para a continuidade e coordenação do cuidado.

Tais aspectos foram observados por nós como constituintes do fluxo organizativo da produção do cuidado na APS e sua relação com a rede de atenção, retratando a descontinuidade e a fragmentação do cuidado na ESF, o que compromete a abrangência do

nível de atenção. Logo, é necessária a implementação de mecanismos que aproximem a APS dos demais pontos da rede, colocando-a em destaque para basear toda atenção à saúde.

4.1.1 APS e conformação do cuidado: potencialidades e fragilidades

O enfoque da APS na atenção à saúde nos níveis primários engloba as características locorregionais e leva em consideração o contexto da comunidade o que implica aproximação dos trabalhadores de saúde e usuários (AMORIM et al., 2014; BRASIL, 2011; STARFIELD, 2002). Realidade que é evidente nas falas das EqSF. Dessa forma, as experiências narradas sobre o cuidado integral na APS promovem a aproximação entre sujeitos já que traz à tona a reflexão da sua atuação junto à comunidade, no resgate a uma das ações da ESF com a promoção do cuidado a partir do domicílio, o que poderá oportunizar a ampliação das formas de acesso, sendo reforçado pelos ACS. Por meio das visitas domiciliares (VD), principal instrumento de atuação dos ACS, há um compasso para a consolidação do vínculo, além de promover o acesso dos usuários e comunidade nos serviços da ESF e da rede, já que eles sentem que o serviço é iniciado nos seus domicílios.

Entendemos que essa forma de aproximação comunitária propiciada pela ESF poderá facilitar o acesso aos serviços de saúde, em muitos casos, iniciado com a VD a partir da atuação dos ACS, enfermeira, médico e outros profissionais que compõem a EqSF: “[...] profissional ACS residir na área de abrangência daquele usuário, onde ele transita e habita.” (E1). Resultados similares também foram evidenciados por outros autores (ASSIS; ABREU-DE-JESUS, 2012; VIACAVA; BELLIDO, 2016). A aproximação dos sujeitos estreita as relações e torna todo o ambiente fértil às relações de cuidado, constituindo a ESF como “porta de entrada” e acesso aos serviços: “O cuidado se passa aqui na unidade e também nas casas, no bairro. Porque, assim, como eu moro dentro da comunidade, sempre vai alguém me procurar, à noite, final de semana.[...]” (E16). Como expressam as narrativas, a compreensão do cuidado transcende os limites burocráticos de horários e espaço físico. Acontece a todo o momento prolongando as relações e estreitando os laços, o que promove acesso e fortalecimento do vínculo, principalmente pelos ACS e profissionais que residem na área da USF.

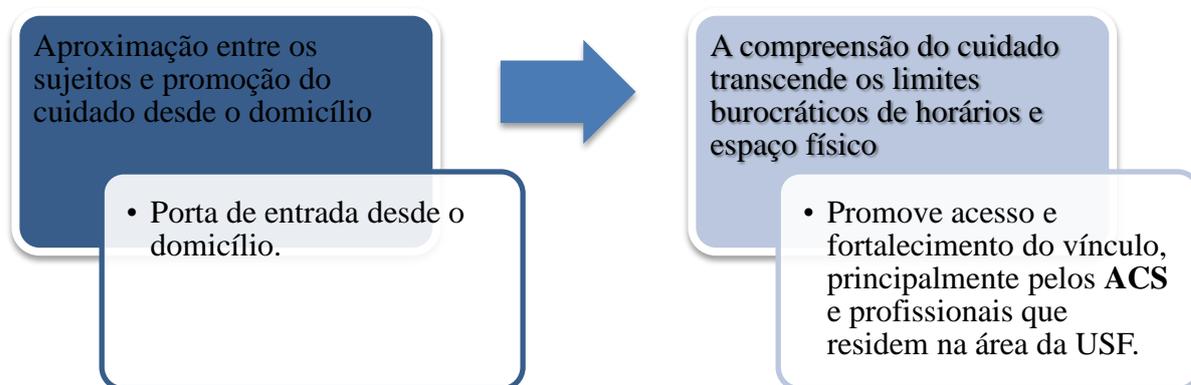


Figura 7 Potencialidades na conformação do cuidado na APS de um município baiano, Brasil, 2017.

Assim, os limites do cuidado não estão restritos à unidade, pois as práticas dos trabalhadores de saúde que prestam esse cuidado aos usuários e agem como importantes transformadores do espaço de convívio, principalmente os ACS, que compartilham com os usuários seu território de atuação promovendo o vínculo e a continuidade do cuidado:

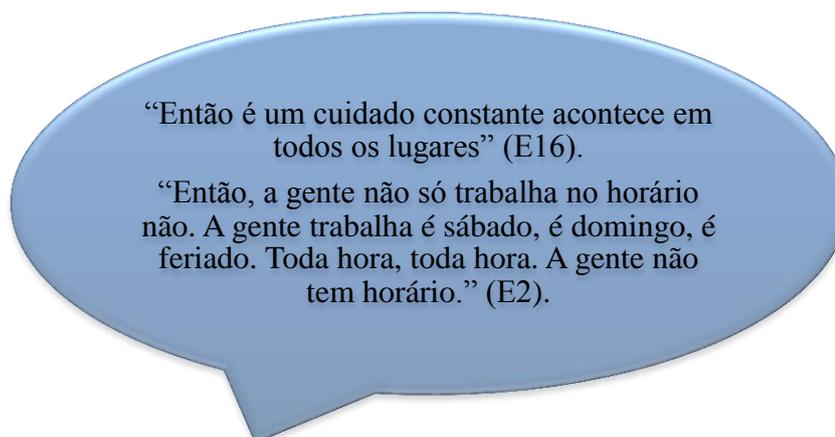


Figura 8 Narrativas da EqSF sobre potencialidades na conformação do cuidado na APS de um município baiano, Brasil, 2017.

Esta forma de ofertar o cuidado busca fugir da limitação das práticas a locais previsíveis que podam e limitam as relações e não aproveitam os espaços subjetivos possíveis de exploração a partir da diminuição das distâncias geográficas e institucionais. Por outro lado, também pode impedir o reconhecimento dos trabalhadores de saúde como tais, principalmente os ACS que representam nas suas narrativas, de forma velada, que precisam ter seus direitos e descanso respeitados, apesar desta aproximação com a comunidade.

Para que a APS se consolide como principal porta de entrada, a ampliação do acesso deve vir atrelada à forma como o cuidado é continuado dentro das unidades. Os trabalhadores concordam que ele deve ser realizado por todos os envolvidos, desde a recepção até as consultas e atendimentos: “[...] cuidado desde a recepção, do vigia, das enfermeiras, das médicas, de todos os atendimentos..” (E14). Esta ação visa receber, acolher, ouvir e resolver a demanda dentro de sua competência profissional, mas que lance mão de relações respeitadas que considerem os usuários em sua dignidade e necessidades.

Em contraste, a compreensão dos usuários é destacada nas narrativas por meio das dificuldades no acesso: “Só assim, na hora de marcar que demora um pouco. A marcação que demora, às vezes a gente vem e não tem vaga.” (U1) “Meu marido trabalha na saúde, então é tudo facilitado. Tem que marcar na casa de marcação, aí marca a consulta, eu vou para lá. E é assim que acontece. Tem que ter paciência, pra aguardar a sua vez.” (U5) “Eu cheguei lá, tava precisando, não sei assim, foi uma situação, não tinha mais vaga, mas a atendente foi lá, falou com o profissional e ele cedeu, me dando a vaga.” (U5). Esse acesso que seria essencial ao desencadeamento dos demais dispositivos, sofre o impacto das dificuldades organizativas as quais refletem nas barreiras enfrentadas no cotidiano da APS. A dificuldade nas marcações e agendamentos de consultas, além de serem descritas nas narrativas também foram observadas nas USF, e tem reflexos na insatisfação e nas formas de enfrentamento tais como aguardar o agendamento e a busca por inclusão na demanda espontânea por meio da negociação e diálogo com os profissionais para facilitar seu acesso na unidade.

O difícil acesso a serviços como assistência farmacêutica e exames diagnósticos foi notado na insatisfação dos usuários ao buscar o serviço e ao narrar que utilizam de outras estratégias para conseguirem acessar estes serviços, principalmente na rede privada: “Quando eu venho, pego remédio quando não tem eu pego lá na rua.” (U2) “A última coisa que eu fiz aqui, e não deu certo. Não deu certo, assim, foi um preventivo que eu fiz e não veio o resultado.” (U3) “Me sinto cuidada, um pouco. Porque meus exames... Eu não faço como o médico pede. Porque não tem como marcar, falta, não tem vaga. Mas fora isso, me sinto um pouco cuidada.” (U5) Além disso, problemas relacionados aos métodos diagnósticos correspondendo a tecnologias duras, geram o sentimento de incapacidade e de falta de cuidado, aliado à falta de profissionais nas Unidades, principalmente da zona rural, em que há dificuldade na fixação de profissionais médicos: “Procuro os agentes comunitários pra saber se tem médico: “Ah, quem tá consultando lá?” Porque também, falta bastante” (U6).

A organização do fluxo de atendimento é de forma limitada o que dificulta o atendimento às necessidades e se constitui como uma barreira importante no acesso a

consultas e exames, seja pelo número reduzido de consultas que não correspondem à demanda, seja por questões burocráticas e de cunho administrativo que dificultam o acesso dos usuários a serviços baseados, segundo Merhy e Franco (2003), nas tecnologias leve-duras e duras.

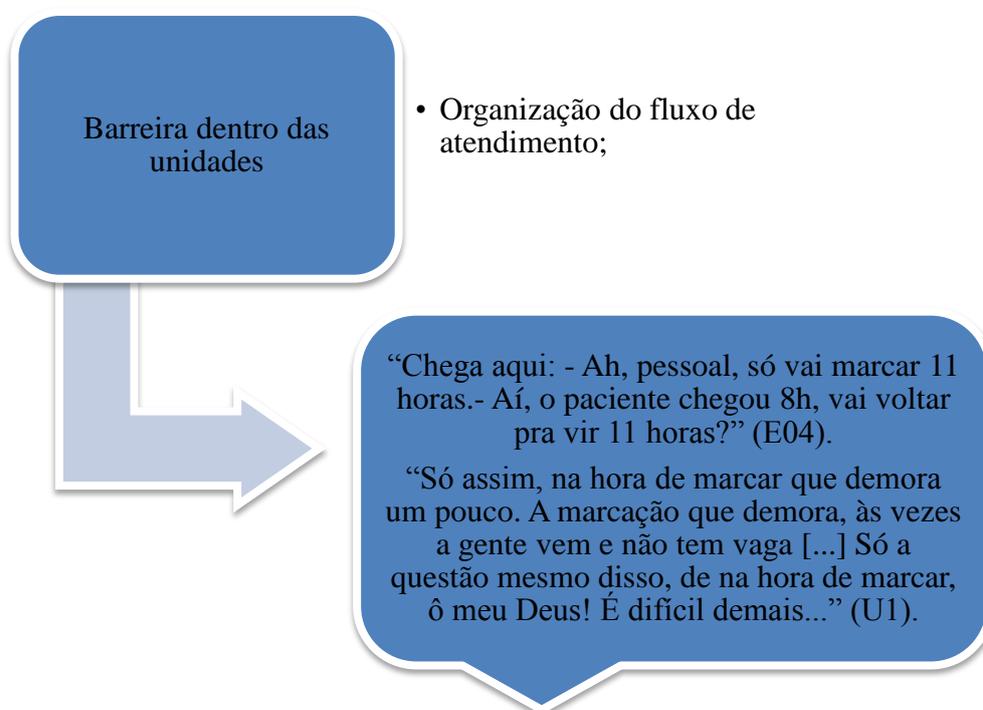


Figura 9 Barreiras dentro das unidades nas narrativas da EqSF e usuários da APS de um município baiano, Brasil, 2017.

Esta barreira é destacada nas narrativas de profissionais e de usuários e revela situações que, muitas vezes, a recepção é observada como uma barreira por delimitar horários específicos de atendimento, segmentação de atendimento por cadastro em unidades que atuam mais de uma EqSF, o que leva à insatisfação dos usuários que se deslocaram até a unidade em busca de atendimento às suas necessidades.

A dificuldade enfrentada dentro das unidades revela como a população pode ter sua visão distorcida, levando às vezes ao descrédito nos serviços de saúde da APS, resultados similares foram concluídos por O’Malley e Rich (2015) e Baum et al. (2016) que atribuíram este fator por usuários duvidarem do poder de resolubilidade que este nível de atenção possui. São processos que dependem principalmente do modo como os profissionais se relacionam com os usuários. Assim, essa barreira para o cuidado de forma integral é notada na desarticulação do trabalho em saúde e das diferentes atuações dos profissionais dentro das unidades. As narrativas mostram que alguns integrantes da equipe não são capacitados para

prestarem o atendimento adequado e que seja conforme a política do serviço da ESF, por não utilizarem de práticas relacionais e intersubjetivas para produzir cuidado, ou prevenir situações de “descuidado” e conflituosas: “Acredito que o cuidado não está presente nas práticas dos profissionais de toda a equipe, se limitando ao enfermeiro, médicos e agentes comunitários. Então o cuidado é iniciado na minha prática, nas práticas dos agentes, mas é quebrado na rede.” (E1).

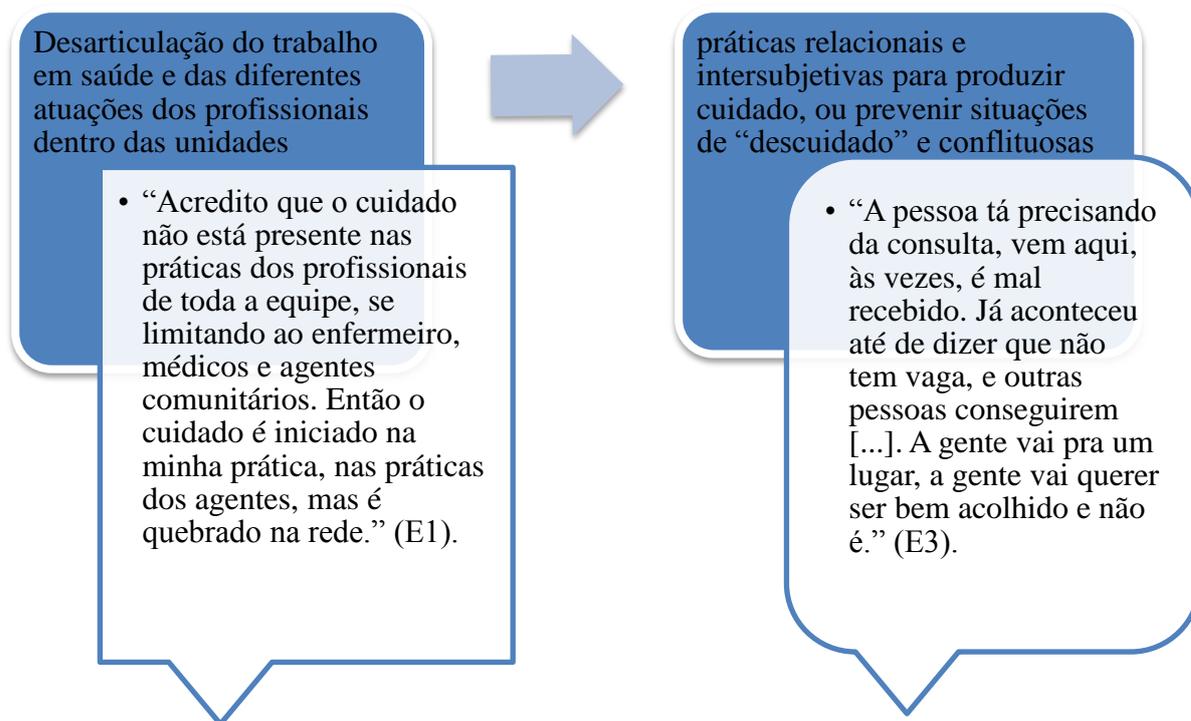


Figura 10 Fragilidades na conformação do cuidado na APS de um município baiano, Brasil, 2017.

Esta quebra é o reflexo de atividades e formas diferenciadas em que os profissionais utilizam por não se enxergarem enquanto parte da atenção à saúde promovendo a descontinuidade e fragmentação das práticas: “A pessoa tá precisando da consulta, vem aqui, às vezes, é mal recebido. Já aconteceu até de dizer que não tem vaga, e outras pessoas conseguirem [...]. A gente vai pra um lugar, a gente vai querer ser bem acolhido e não é.” (E3). Atitudes como estas geram conflitos importantes na “porta de entrada” e vão de encontro a um dos princípios do SUS que é a universalidade. É preciso firmar espaços de diálogo para resgatar a essência do trabalho em saúde pública, em especial na ESF.

Ressaltamos também que, esse tipo de atitude evidencia o frágil relacionamento que pode dificultar a vinculação do usuário à unidade, bem como bloquear relações de cuidado. Dessa forma, a “porta de entrada” prioritária, como é considerada a Atenção Básica enfrenta dificuldades para exercer esta função de forma efetiva, seja pela própria organização da oferta

e demanda, quanto pelas atitudes dos sujeitos que podem construir relações que reduzam conflitos e barreiras de maneira mais leve e de forma negociada. Apesar disso, ela é a chave para organização da rede de atenção por deter capacidade de resolubilidade que a configure como forma fundamental de acesso à rede. Acrescentamos que a organização da USF de forma mais receptiva e abrangente pode propiciar maior no atendimento e aumento da capacidade resolutiva que satisfaça as necessidades da comunidade, indivíduos e famílias, como colocam outros estudos cobertura (O'MALLEY; RICH, 2015; FURTADO et al., 2013; BAUM et al., 2016).

As dificuldades relacionadas à infraestrutura, à falta de materiais são bem expressivas na atenção básica e comprometem o elenco de serviços necessários à integralidade da atenção (FURTADO et al., 2013; BAUM et al., 2016) visualizadas nas práticas que podem se tornar limitadas e pouco resolutivas, bem como no descontentamento dos profissionais:

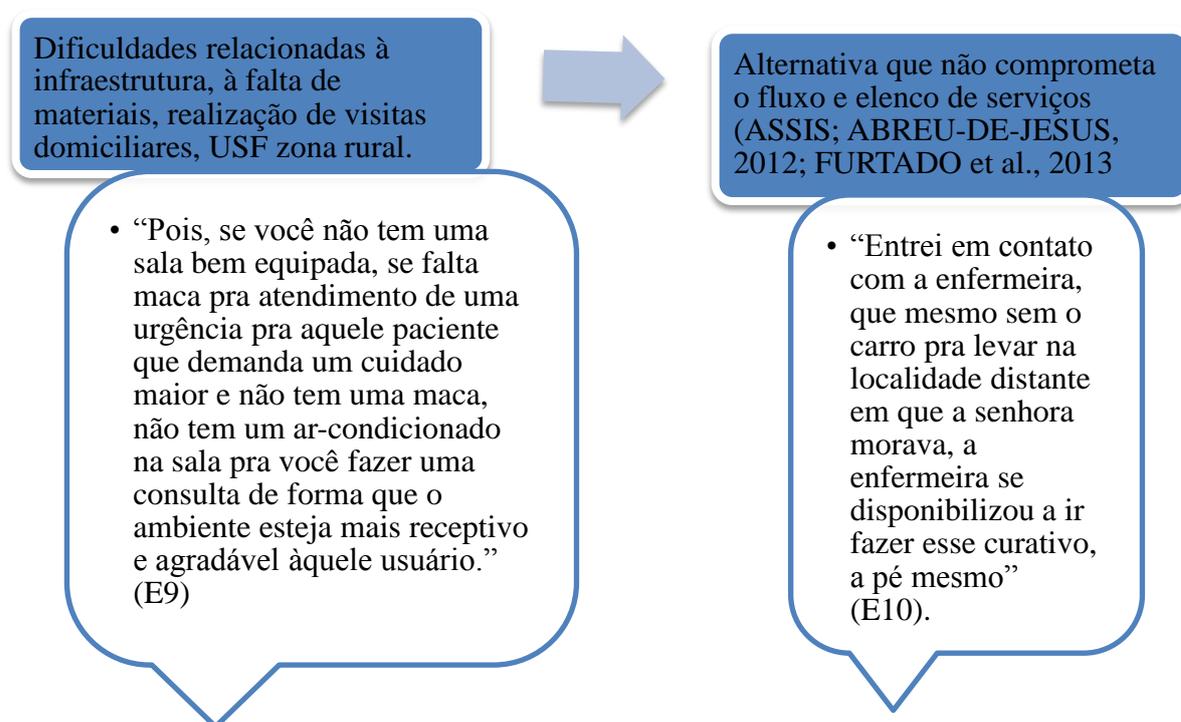


Figura 11 Narrativas sobre a fragilidade e alternativa para conformação do cuidado na APS de um município baiano, Brasil, 2017.

As visitas domiciliares, por exemplo, que consistem em instrumentos de intervenção permanente e que busca levar a atenção ao domicílio, enfrenta dificuldades para sua realização. A principal é a indisponibilidade de transporte para alcançar usuários em localidades mais distantes, ou para que os profissionais cheguem às unidades da zona rural. A

saúde bucal também sofre forte impacto por necessitar de tecnologias, materiais, insumos para atendimento às necessidades que dependem da disponibilidade de recursos, estrutura física adequada para proporcionar o atendimento integral.

Por outro lado, em meio às dificuldades, os profissionais adquirem estratégias para contornar as situações para assegurar condições mínimas de atendimento, que se adequem às necessidades da população em casos mais graves, representando uma alternativa que não comprometa o fluxo e elenco de serviços (ASSIS; ABREU-DE-JESUS, 2012; FURTADO et al., 2013) como demonstrado na figura 11.

A dificuldade geográfica encontrada nas unidades da zona rural é vivenciada pelos usuários na maneira como estes partiam em busca de assistência nas áreas mais centrais da cidade. Uma narrativa mostra que essa dificuldade foi sanada a partir da implantação da USF na sua comunidade de residência: “Antes a gente sempre ia pra cidade, consultar lá. Mas depois que começou funcionar aqui aí sempre eu tenho frequentado.” (U6). A interiorização da ESF facilita o acesso, e caracteriza a APS como porta de entrada para a rede SUS levando a atenção a locais mais distantes (ASSIS; ABREU-DE-JESUS, 2012; LARYE; GOE-DE; BARTEN; 2015).

Entretanto, a dificuldade nessas unidades localizadas na zona rural também foi observada na ausência do médico, o que corrobora para a ausência de serviços essenciais nas USF, e representa um comprometimento na integralidade da atenção (ASSIS; ABREU-DE-JESUS, 2012; AMORIM, et al., 2014). Dificuldade também observada em outros estudos que avaliaram a APS em seus atributos e a integralidade obteve a menor pontuação devido a indisponibilidade de serviços, comprometendo assim a atuação da atenção de forma abrangente (O’MALLEY; RICH, 2015).

Contudo, apesar das dificuldades enfrentadas, notamos que APS em sua organização como ESF pode possibilitar uma aproximação entre os sujeitos, com destaque para o reconhecimento deste nível como porta de entrada. Todavia, ressaltamos o acesso e vínculo como essenciais para a conformação dos cuidados de forma integral, apesar das dificuldades. Porém entendemos que é necessário o fortalecimento destes dispositivos e a intervenção nas dificuldades na APS, sobretudo com ampliação da oferta de vagas, fixação dos profissionais, fornecimento de insumos e materiais e melhorias na infraestrutura através do aumento do financiamento e dos recursos da APS, bem como capacitação e fortalecimento das EqSF como provedoras dos cuidados primários.

4.1.2 Fluxos e contrafluxos: a descontinuidade do cuidado

A partir da identificação das necessidades o fluxo é iniciado na própria unidade, seja com a busca do serviço, seja por intermédio dos agentes comunitário de saúde (ACS). Por meio da observação do fluxo é possível perceber que o desfecho pelos usuários nas USF em busca de atendimento às suas necessidades a partir do primeiro contato, o que pode resultar em atendimento das necessidades, recusa de atendimento, referenciamento para a rede de atenção ou desistência do atendimento dentre outros, partindo para os serviços privados (SILVA; ASSIS, 2015). Nas falas dos trabalhadores da Equipe de enfermagem são narradas a forma como os usuários são direcionados para atendimentos, de acordo com as suas necessidades: “O primeiro passo aqui é da recepção à coordenação. Recepção, triagem, enfermeira, ambulatorial, e a coordenação que é da competência do coordenador.” (E15), assim como na figura 12.

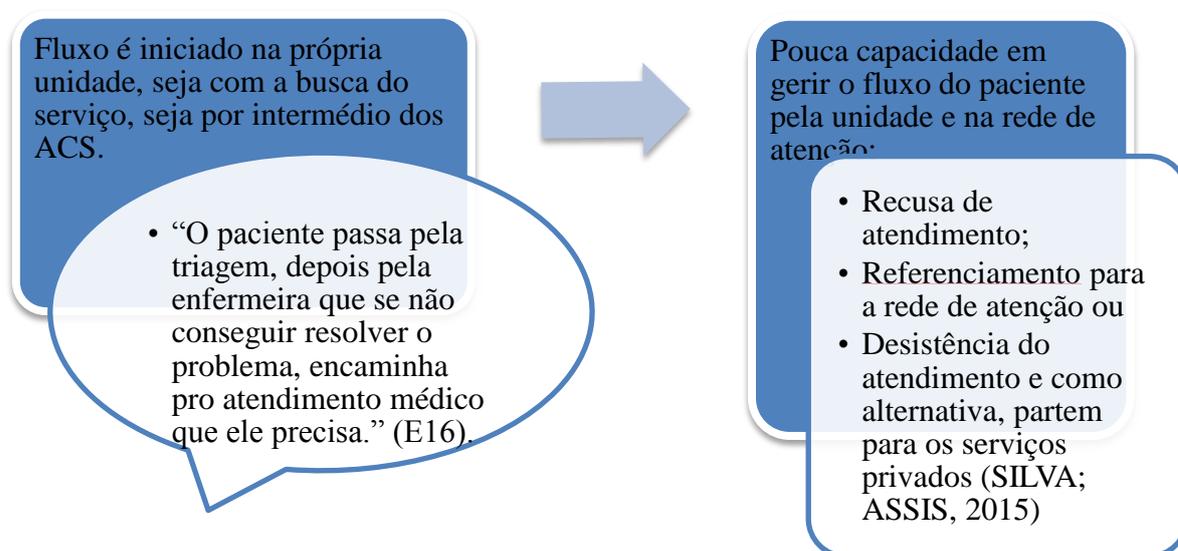


Figura 12 Narrativa sobre fluxo de atendimento na ESF em um município baiano, Brasil, 2017.

É possível vislumbrarmos o fluxo que o usuário passa até obter atendimento às suas necessidades desde a “porta de entrada” até a regulação aos demais serviços que compõem a rede, embora, muitas vezes, encontre barreiras que impedem o acesso aos demais serviços ou que obtenha a resolubilidade do seu caso. Contudo, concordamos com os autores (ASSIS; ABREU-DE-JESUS, 2012; LABONTÉ et al., 2014; PENNA; FARIA; REZENDE, 2014;

O'MALLEY; RICH, 2015) que é necessário que a APS ofereça acesso a serviços que deveriam ter a estrutura necessária para prestar o cuidado no primeiro encontro entre profissionais e usuários para não tornar o contato ineficiente ou retardar os demais procedimentos necessários ao manejo adequado atenção.

A pouca capacidade em gerir o fluxo do paciente pela unidade evidenciada pelas barreiras que impedem maior acesso aos serviços de saúde, tanto na APS quanto nos demais níveis, indica a seletividade existente em um nível de atenção que deveria ser amplo, devido ao modelo de programação ou pela priorização de agravos de importância (STARFIELD, 2002; AYRES et al., 2012). Daí a desvalorização da APS, e o descrédito da população na sua resolubilidade, bem como a dificuldade em se constituir como ordenadora da rede.

Ressaltamos a atuação da enfermeira destacada nas narrativas tanto da Equipe de enfermagem “[...] a enfermeira que coordena o atendimento, os profissionais, a unidade em si.” (E12); quanto dos trabalhadores que compõem a EqSF, neste caso, a cirurgiã-dentista “Quem coordena, na verdade, são as duas enfermeiras, [...]” (E14); “[...] a maioria das atividades quem acaba tomando partido, no caso, posso falar que sou eu, se é uma programação de uma atividade educativa, se é a [pausa] realização do, do cronograma, da unidade, se é pra fazer, pra ajudar no programa de saúde nas escolas, enfim, todas as atividades quem acaba tomando iniciativa é o enfermeiro” (E18) – as quais nos permite percebê-la enquanto organizadora da unidade com competência presente em vários serviços, desde a definição e organização de cronograma da unidade e no acesso dos usuários (SILVA; ASSIS, 2015), baseado em ações programáticas, até o encaminhamento e avaliação do processo de cuidado. Além disso, também é considerada como importante membro que articula a atenção, apesar de ainda ser baseada em práticas fragmentadas.

O encaminhamento de usuários é regulado de acordo com as necessidades de cada um, como mostra a figura 13:

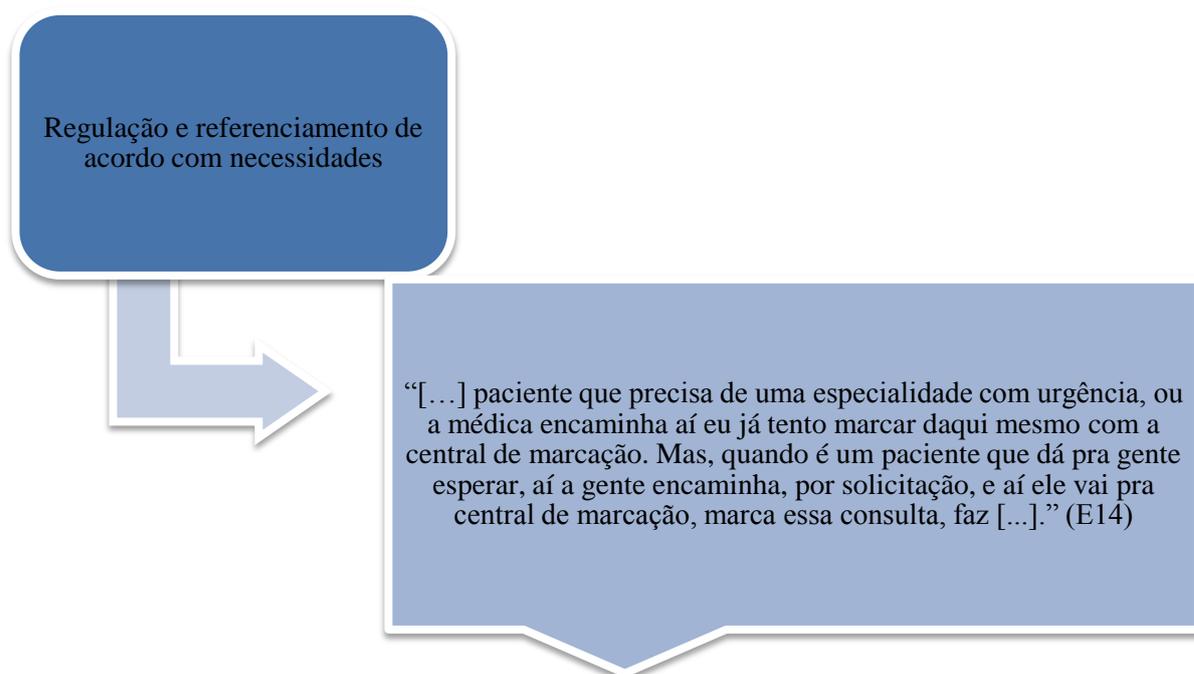


Figura 13 Narrativa sobre regulação e referenciamento a partir da ESF de um município baiano, Brasil, 2017.

Outras narrativa da EqSF complementa ainda: “Ele traz a solicitação dos exames, a solicitação de especialistas, ele vem aqui, a gente tem a cota, com a quantidade semanal pra isso, e toda segunda-feira o motorista leva à central de marcação, já pra que os pacientes não precisem ir até cidade marcar” (E18). Os usuários se queixaram que a depender da necessidade eram encaminhados para diferentes serviços na rede, desde os Centros de Atenção Psicossocial, atendimento especializado ou cuidados hospitalares. Porém, o que é percebido na prática é apenas um encaminhamento e não um compartilhamento do trabalho, já que muitos profissionais não dialogam entre si, ou acabam focalizando a atenção apenas na demanda apresentada que gerou o encaminhamento (MACEDO; MARTIN, 2014; CURSINO; FUJIMORI, 2012; MOREIRA et al., 2017; QUAGLIATO; RUFFINO NETO; FORSTER, 2015).

Para que ocorra esse referenciamento alguns mecanismos são realizados como o agendamento das consultas para especialidades, que dependem da prioridade e da classificação dos casos de acordo com a urgência. Assim, as enfermeiras gerenciam algumas estratégias que visem facilitar esse acesso por meio de negociações com a rede, na regulação por intermédio na relação dos usuários com os demais serviços. Dados semelhantes também foram encontrados no estudo de Silva e Assis (2015) ao evidenciar a enfermagem como

mediadora do usuário dentro da USF e no acesso aos demais serviços.

Na contrarreferência as dificuldades em obter esses mecanismos nos serviços de saúde fazem parte da rotina assim como em outros estudos (ASSIS; ABREU-DE-JESUS, 2012; CURSINO; FUJIMORI, 2012; MOREIRA et al., 2017; QUAGLIATO; RUFFINO NETO; FORSTER, 2015). Foram observadas queixas dos profissionais que não obtinham *feedback* da rede de atenção, ou quando os pacientes mesmo referenciados, retornavam à USF sem a demanda atendida. Assim como foi evidenciado em outro estudo (MACEDO; MARTIN, 2014), os serviços de média e alta complexidade não respondem aos encaminhamentos, evidenciando a dificuldade em integração com os demais níveis de atenção:.

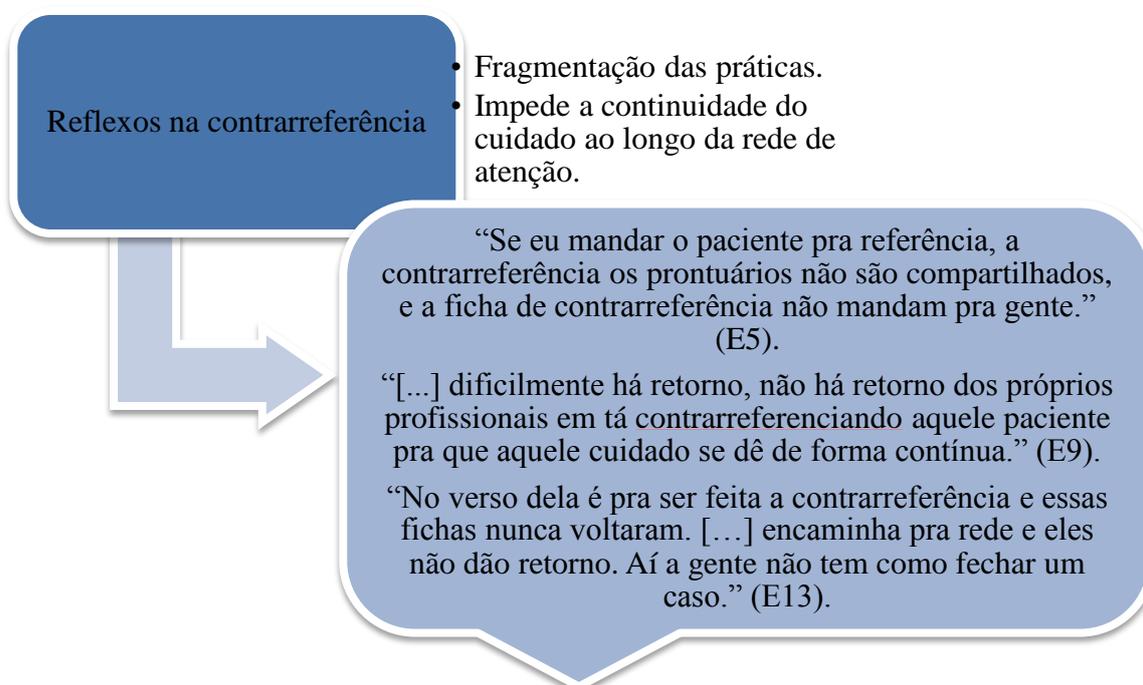


Figura 14 Narrativas sobre reflexos na contrarreferência da ESF de um município baiano, Brasil, 2017.

Essas dificuldades repercutem na atenção dada ao usuário, e implica na continuidade do cuidado ao longo da rede de atenção e resulta na fragmentação das práticas. Como alternativa para esta falta de cooperação/comunicação entre os níveis de atenção, como é vista também por Cursino e Fujimori (2012) e Macedo e Martin (2014), os a EqSF busca essas informações do próprio paciente, seja nas consultas de retorno com o médico, enfermeiro, seja principalmente do ACS que tem sua atuação destacada como ‘ponte’, já que coleta a informação no próprio domicílio assim que esse usuário retorna daqueles serviços aos quais foi referenciado.

Embora o cuidado seja reconhecido como uma prática de todos os profissionais de

saúde, e construído entre os níveis de atenção, principalmente nos pontos que são considerados portas de entrada do SUS, na prática não há uma construção integral. Nesse sentido, a referência e a contrarreferência, dispositivos essenciais para o cuidado e para a consolidação da APS abrangente que coordene a rede de atenção não conseguem se estabelecer como práticas integrais.

Outro aspecto que reforça a descaracterização da APS como coordenadora da rede (O'MALLEY; RICH, 2015) em meio as dificuldades encontradas se configura na recusa de atendimento pelos serviços de referência da rede. Os mesmos resultados foram visíveis pelo desconhecimento dos pontos da rede e comunicação inadequada (MACEDO; MARTIN, 2014), os quais repercutem na forma como os trabalhadores de saúde concebem o cuidado construído na rede.

A dificuldade com a referência e contrarreferência se configura um descompasso para a continuidade do cuidado, seja pela construção de práticas e saberes isolados (MACEDO; MARTIN, 2014; JORGE et al., 2015) seja pela manutenção de uma rede que não se comunica, dificultando a avaliação da dimensão organizativa, na realidade, durante todo o processo de observação enquanto técnica de coleta de dados, a avaliação é invisível nos serviços, pois ocorre de forma velada na ESF pelos profissionais que realizaram o encaminhamento inicial, por meio do diálogo com o próprio usuário ou através do ACS.

4.2 DIMENSÃO TÉCNICA: SENTIDOS E PRÁTICAS DO CUIDADO NA APS

A apreensão da dimensão técnica foi dividida em duas categorias de análise que emergiram da compreensão das narrativas dos sujeitos, bem como da observação de seus elementos no cotidiano das USF. Na primeira categoria o vínculo foi o principal dispositivo do processo de cuidar; e a segunda categoria de análise são as práticas dos diferentes profissionais.

4.2.1 Estabelecimento de vínculo como dispositivo orientador no processo de cuidar: o olhar do profissional de saúde

As narrativas dos profissionais de saúde das EqSF reportam que a compreensão de cuidado ultrapassa as práticas assistenciais, como destacado na figura 15:

Compreensão do cuidado ultrapassa as práticas assistenciais, destaque para o teor subjetivo na relação:

- “Cuidado é uma atenção melhor dada ao paciente, é um cuidado que se dá não só pelas consultas, medicamentos, mas de estar **visitando, passando sempre pra falar, mantendo o vínculo e o contato quase diário.**” (E1);
- “Identificar certos problemas, certas doenças, até mesmo o **desabafo** de alguém [...]” (E2).

Figura 15 Narrativas dos profissionais das EqSF que evidenciam o vínculo na ESF de um município baiano, Brasil, 2017.

As narrativas destacam que uma conversa, orientação, conselhos, ou apenas ouvir o desabafo do usuário já remetem à forma com que o cuidado é realizado. Um aspecto que ressalta o teor subjetivo presente na relação profissional-usuário, e baseia-se na premissa do “trabalho vivo”, do usar as tecnologias relacionais no cuidado à saúde (MERHY; FRANCO; 2003; QUAGLIATO; RUFINO NETO; FORSTER, 2015) e a importância em se manter próximos dos sujeitos cuidados ao longo do tempo (FURTADO et al., 2013; O’MALLEY; RICH, 2015). Os principais sentidos do vínculo são evidenciados na figura 16.



Figura 16 Sentidos do vínculo atribuídos pelas EqSF/enfermagem e usuários da ESF de um município baiano, Brasil, 2017.

Os participantes deste estudo reconhecem que o cuidado se dá de diversas formas, e entre elas, por meio das relações vividas e compartilhadas entre os agentes do cuidado. Da forma como o cuidado está mediado no simbólico dos profissionais, poderá exercer uma determinação sobre o *modus operandi*, – maneira de agir, operar e executar –, de procedimentos referentes ao cuidado, mas que difere na prática, pois a partir da observação do cotidiano dos serviços, percebemos a ênfase ainda é dada na produção e consumo de tecnologias leve-duras e duras.

O vínculo é narrado como dispositivo orientador do cuidado, sem perder de vista a necessidade de estar sempre em contato com os sujeitos, permitindo assim uma relação de confiança e reciprocidade. As relações fundamentam a essência de cuidados na APS, por ser um nível de atenção que propicie trocas de experiências, especialmente, a ESF por oportunizar efetivamente avaliações na execução de atividades com o objetivo de promover a formação do vínculo se comparada a outras formas de organização na rede saúde (ENGEL et al., 2013; QUAGLIATO; RUFINO NETO; FORSTER, 2015).

O vínculo exerce uma função essencial para assegurar a integralidade da atenção:

“Venho pra doutora sempre, meu prontuário é com ela. [...] As agentes comunitárias também [...] daqui de perto, sempre elas informam bem, o dia que tem médico, o dia que tão fazendo exame, o dia que tão marcando, sempre, e tem dois agentes comunitários, lá vizinha, que sempre elas informa bem.” (U6) – e é também referida nas narrativas como atenção necessária aos casos que requerem maior atenção, e implica em responsabilidade social pelos serviços de saúde (SOUZA, 2013; COSTA, LOPES, 2012). Reforçamos ainda que este dispositivo é alcançado por meio de relação de cumplicidade e escuta mais ampla, visível também nos estudos (HEIMANN et al., 2011; QUEIROZ; PENNA, 2011; PENNA; FARIA; REZENDE, 2014), além da facilidade do encontro dos sujeitos na interlocução de relação, reconhecimento de responsabilidades e de poderes (COSTA, LOPES, 2012) até porque acreditamos que ele é inerente ao trabalho em equipe para se alcançar o trabalho compartilhado e que desperte a corresponsabilização (ASSIS et al., 2015).

Partindo da ideia da APS como propiciadora de vínculos, os sentidos atribuídos às práticas de saúde podem permitir uma compreensão ampliada do sujeito sobre a conformação do cuidado integral. Ademais, vemos nessa compreensão ampliada, a importância de perceber o sujeito inserido em um contexto social, com a finalidade de enxergá-lo como resultado desses arranjos sociais. Assim, a família também é citada como núcleo de atenção para compreensão ampliada do usuário e necessária ao cuidado.

Contudo, este contexto pressupõe uma interação entre EqSF/ enfermagem-usuários capaz de realizar uma construção coletiva do cuidado à saúde efetuada por toda equipe de saúde da família. Outrossim, as narrativas retratam que o cuidado é conjugado apenas entre si, mas incluindo os usuários como partícipe deste processo: “Então, eu acho que o cuidado não é só a prestação de assistência que a gente dá dentro de uma sala, ela começa desde a recepção até todos os outros atendimentos [...] Tendo esse conjunto todo, a gente consegue fazer o cuidado integral. Não só na prática do profissional de saúde, mas em toda a equipe.” (E14); “[...] eu vejo o cuidado integral, na interação entre a equipe de acordo com as necessidades dos pacientes.” (E16).

Apesar das narrativas explicitadas ainda sobre o trabalho em equipe, um dos dilemas vividos nos serviços de saúde, traduz um cuidado fragmentado e centrado no profissional, longe de construir um cuidado integral que busque a construção coletiva baseada em diferentes saberes profissionais, e insira o usuário como centro do cuidado (AYRES, 2012; CURSINO; FUJIMORI, 2012; MOLINER; LOPES, 2013; ASSIS et al., 2015).

Por outro lado, percebemos em algumas narrativas que há reciprocidade na relação de cuidado, a partir da abertura do profissional para os usuários que retribuem com trocas

intersubjetivas, já que se sentem valorizados e incluídos na atenção, apesar de ainda ser de forma tímida e passiva: “A comunidade ama esse cuidado. Ama essa atenção porque faz com que a comunidade sintam-se importante.” (E1); “Identificar certos problemas, certas doenças, até mesmo o desabafo de alguém [...]” (E2); “Tanto eles tem o cuidado como a gente retribui com aquele cuidado.” (E3); “[...] dar uma atenção especial aos pacientes que estão necessitando de ajuda, necessitando de até um conselho [...]” (E7).

Também observamos a presença do uso de tecnologias leves conjugadas às tecnologias leves dura, visto que o cuidado é compreendido desde orientações, conversas até atendimentos e consultas, aliado ao uso de medicamentos, vacinas, exames, destacados tanto nos discursos dos profissionais da EqSF quanto dos usuários. Ainda assim, o caráter e pensamento biomédico predominam nas falas e práticas. As narrativas retratam que apesar de serem visualizadas trocas intersubjetivas entre EqSF/enfermagem-usuários, o enfoque biomédico ainda é determinante no sentido das práticas, retratado também em outros estudos (MENDES, 2012; AMORIM et al., 2013; ASSIS et al., 2015; JORGE et al., 2015; MACEDO; MARTIN, 2015).

A proposta de ESF buscou além de propiciar maior aproximação entre as equipes e os usuários romper com a ação para além do biológico para atuar nos campos sociais e humanos (FURTADO et al., 2013). Característica que é representada por conflitos enraizados nos serviços de saúde que contribuindo muitas vezes para a abordagem seletiva assumida equivocadamente pela APS influenciando a forma de acesso aos cuidados de saúde, o fomento ao consumo de procedimentos, bem como os resultados de saúde a curto e longo prazos além da distribuição de recursos para a saúde (AYRES et al., 2012; LABONTÉ et al., 2014).

É notória a dificuldade em romper com este modelo de atenção, formulado com base no relatório Flexner que é sustentado na redução e parcelamento do indivíduo, e por isso dificulta a visão ampla e integral da saúde. Por um lado, esse modelo contribuiu para o desenvolvimento das ciências biomédicas através do alívio das enfermidades e dos tratamentos do corpo. Porém, é questionável, a partir do momento em que as necessidades de saúde tornaram-se mais complexas, tendo em vista a compreensão dos determinantes do processo saúde-doença, pois exige um sistema de saúde reorientado para promoção, prevenção e recuperação de doenças com foco na atenção primária considerando a intervenção nos determinantes e condicionantes sociais (MENDES, 2012). Por conseguinte, a mudança de paradigma busca ultrapassar a cura do corpo parcelar para envolver o sujeito nos seus aspectos biopsicossociais, considerando-o como resultante das condições sociais em que

as necessidades emergem (AYRES et al., 2012), uma vez que, para Labonté e outros (2014) buscando uma atenção mais abrangente com foco na equidade em saúde e nas condições sociais, econômicas e ambientais.

Logo, o cuidado integral à saúde pode ser direcionado às diferentes necessidades dos usuários, considerando as múltiplas facetas e os aspectos biopsicossociais que estão envolvidos no adoecimento. Essas necessidades compreendem uma diversidade de situações, que requerem desde atenção por meio de ações programáticas, assim como interações que permeiam os aspectos relacionais.

No entanto, a predominância do modelo biomédico demonstrado no Relatório de Flexner publicado em 1910 traz repercussões para a saúde e no modo como é organizado o modelo de saúde. Várias críticas e limitações são reconhecidas e visam contribuir para a ampliação e desenvolvimento de outros modelos de saúde que busquem a ruptura com a redução do sujeito ao biológico. Portanto, um dos objetivos da ESF consiste em ser estratégia de reorientação do modelo, já que as práticas dos profissionais ainda são pouco subjetivas e marcadas pelo enfoque biomédico, embora demonstrem uma compreensão ampliada no campo simbólico dos sujeitos envolvidos nas relações. É um desafio a romper a objetivação ocasionada pelo modelo biomédico para reconhecer a importância da subjetividade implicada nas relações de cuidado e a busca pela totalidade do indivíduo na resolução de suas necessidades (ASSIS et al., 2015; PARRA, 2016).

O modelo de saúde mostra-se centrado no individual, com foco curativo, apesar de ter características voltadas ao trabalho com grupos específicos (AYRES et al., 2012; AMORIM et al., 2014). Um cenário que a APS ainda não conseguiu se constituir como ordenadora do cuidado integral, pois requer atuação ético-política e mudança na condução das ações dos sujeitos envolvidos para reorientar o sentido das práticas. A busca por essa reorientação impulsionou uma mudança no modelo de saúde chileno rompendo com as estruturas vigentes baseadas no modelo biomédico para valorização do contexto biopsicossocial do usuário. Para tanto, segundo Parra (2016), considerando a implementação do modelo de atenção, esse dar-se-á conforme a necessidade de cada período de tempo, desenvolvimento social e cultural e os modos de vida da população.

Outro elemento ressaltado é acolhimento, constituinte da dimensão técnica do cuidado, e pode ser realizado como prática dos integrantes da EqSF/enfermagem, o que segundo Penna, Farias e Rezende (2014) todos os serviços pelo qual o usuário se desloque precisam atender às suas necessidades: “O principal do cuidado é o acolhimento. [...] Tem que receber bem, acolher bem a comunidade senão, não adianta você não acolher as pessoas.” (E4); “[...]”

eles vêm atrás de um acolhimento, na verdade.” (E18).

Por outro lado, apesar de assumir que o acolhimento deve ser realizado por todos os profissionais, as narrativas traduzem que tal prática é concentrada em alguns. “Nem todo mundo tem o acolhimento.” (E4). Ou ainda, que alguns entraves para que tal prática aconteça. “Então, aqui por ter muitas especialidades, o paciente chega é atendido e vai embora, não tem aquele acolhimento que deveria ter da unidade de saúde. E as pessoas também, a maioria não é capacitada pra fazer um acolhimento adequado dos pacientes.” (E7). Como percebemos, as narrativas deixam implícitas uma certa fragilidade encontrada pelas equipes permeadas pelo pronto atendimento/queixa conduta, falta de formação dos profissionais de saúde, dentre outras. Observamos a demanda em USF que abrigam mais de uma EqSF, bem como atendimentos de especialistas. Também é necessário investir em cursos de capacitação para realização de atividades que busquem melhorar a prática e realização do cuidado, embora ela se concretize a partir de uma escuta ativa e resolutiva (PENNA, FARIA; REZENDE, 2014) que envolva o caráter subjetivo implicado pelo acolhimento (ASSIS, ABREU DE JESUS, 2012; MOLINER; LOPES, 2013).

Apesar da compreensão ampliada, na prática existe um confronto marcante do modelo biomédico na orientação das práticas do acolhimento e vínculo dos profissionais, além do seu entendimento sobre o cuidado. Tais elementos compõem uma rede de construção do cuidado em sua dimensão técnica, resgatada pelas práticas que se caracterizam como descontínuas e superficiais (ASSIS; ABREU-DE-JESUS, 2012). Nesta perspectiva, entendemos que a partir do acolhimento pode-se construir o vínculo para o desencadeamento do projeto terapêutico singular que não foi reconhecido no cotidiano da ESF do município, uma vez que é invisível a participação de usuários como agentes do cuidado, no reconhecimento de sua autonomia.

Ademais, por meio do vínculo também se estabelecem as condições necessárias à continuidade do cuidado, ou longitudinalidade (STARFIELD, 2002), reconhecida como um dos atributos essenciais deste nível de atenção e que se colocada em prática, assim como a escuta qualificada e a visão holística poderá permitir a resolução de forma completa ou gradual das necessidades (MOREIRA et al., 2017). Logo, as narrativas trazem o caráter contínuo em que os usuários são atendidos e acompanhados nos serviços da ESF, embora ainda siga a lógica biomédica: “[...] cuidado assim, com os pacientes hipertensos, idosos, gestantes, diabéticos [...] Eles têm aquela confiança de chegar, é, mostrar remédio por remédio, receita.” (E3); “[...] buscando uma orientação, sobre consultas, sobre tal medicamento, e eu sempre cuido, sempre oriento.” (E16).

Entretanto, a forma como é feita a intermediação entre os sujeitos e o espaço onde

acontece o cuidado e seus processos desenvolvidos propiciam uma interação simbólica que resgata o poder das relações desiguais. Isto demonstra o entendimento dos sujeitos sobre o processo saúde doença e a vivência entre profissional e usuário dos serviços de saúde. Destacam-se as características que concebem o simbolismo da saúde e como ocorre a intermediação entre os sujeitos e a vivência na ESF, como na relação homem-mundo, dentro de uma sociedade medicalizada.

A partir dessa intermediação, é que vislumbramos compreensões ampliadas, apesar das práticas reduzidas e guiadas pelo simbólico do modelo biomédico que permeia os serviços e exerce o poder que determina o *modus operandi* das práticas de saúde. Assim, apesar da compreensão dos profissionais na dimensão simbólica remeter ao cuidado integral, o fazer (dimensão técnica) sofre a influência do contexto e de poderes incorporados e aceitos socialmente, influenciando as práticas (BOURDIEU, 1989), pois a ênfase dada à produção e consumo de tecnologias leve-duras e duras é o que domina no cotidiano dos serviços e no simbólico dos usuários.

4.2.2 O protagonismo da Enfermeira na APS: cuidadora, coordenadora e gerente da USF

Nas narrativas analisadas emergem o protagonismo de alguns agentes do processo de cuidar. Esses protagonismos são destacados nas narrativas das EqSF, bem como pelos usuários. Os ACS que são considerados “pontes”, elos” entre a USF e a comunidade, bem como iniciadores do cuidado pelas suas práticas, protagonismo que é ressaltado tanto nas narrativas das EqSF/enfermagem, quanto dos usuários: “Nós somos o ponto de partida. Nós somos, o primeiro acesso à saúde de um paciente da comunidade que primeiro passa pela gente.” (E4); “então, aquilo ali dá mais uma credibilidade pra gente, que se sente assim, útil na comunidade.[...] A gente é a ponte.” (E2); “A agente de saúde cuida também. Agora mesmo no exame da mama, eu nem sabia, ela que passou na minha casa pra me avisar o dia pra eu levar meus documentos pra eu ir fazer, senão eu nem tinha feito.” (U4); e para a equipe de enfermagem: “O enfermeiro, médico e ACS coordenam o cuidado na rede. Os agentes comunitários conseguem prestar um cuidado adequado.” (E7).

A partir da construção das práticas dos profissionais de saúde é desvelada a noção de

corresponsabilização que pode ser despertada no usuário, ainda considerada incipiente. O destaque para o usuário se dá em suas próprias narrativas, embora que de forma passiva: “– Ó, eu vou passar você pra Paula. – Que sentiu, que parece que meu útero tava fechando. Aí passou pra Paula: – Ah, você vai ter que fazer um, um exame mais profundo com ela, tal, tal... – , aí, me deu um papel eu fui, lá pro hospital[...]” (U6). Os usuários consideram-se responsáveis pelo seu autocuidado, apesar de não conseguirem alcançar a centralidade do cuidado, e muitas vezes serem objetivados dentro dos serviços. Um problema comum que é aliado à dificuldade das equipes em se comunicarem e trabalharem de forma integrada, o que concordamos com Hori e Nascimento (2014) que constitui uma dificuldade para elaboração do projeto terapêutico singular (HORI; NASCIMENTO, 2014).

O cuidado é iniciado na prática dos ACS, ainda no domicílio dos usuários, onde são observadas as relações de intersubjetividades propiciadas pela maior proximidade dos sujeitos ao diminuir as distâncias geográficas, por meio de um ambiente de vivência em comum: “[...] Os pacientes tem aquela confiança na gente. A gente chega na casa deles e eles dizem: “Ah, vem aqui. Por que, como é que toma esse remédio?” (E2); “Todo dia do mês você tirar um dia pra ir numa casa pesar uma criança e chegar lá os pais querem tirar uma foto. Então você vai fazer parte daquela família” (E4).

Essa aproximação também é convergente nas narrativas dos usuários ao considerarem a atuação dos ACS como elemento fundamental em meio a diversos profissionais, além de emergir outros protagonismos essenciais para o cuidado, apesar da ótica medicalocêntrica: “A agente de saúde cuida também.” (U4); “Os clínicos gerais, as enfermeiras, os atendentes, dentista que eu também frequento, participo também, que eu vou pro dentista.” (U5); “Venho pra doutora sempre, meu prontuário é com ela. [...] As agentes comunitárias também [...] daqui de perto, sempre elas informam bem, o dia que tem médico, o dia que tão fazendo exame, o dia que tão marcando, sempre, e tem dois agentes comunitários, lá vizinha, que sempre elas informa bem.” (U6)

Tais protagonismos refletem na construção coletiva do trabalho multiprofissional e na continuidade da atenção mediante das práticas concentradas entre ACS, enfermeira e médico, tendo em vista que o processo de cuidar na ESF se dá ao longo do percurso dos usuários em busca de atendimento às suas necessidades: “Então o cuidado é iniciado na minha prática, nas práticas dos agentes [...]” (E1); “A nossa equipe, porque hoje nós temos uma médica que dá o suporte. Tem o enfermeiro que atende às nossas necessidades, se o pessoal vir ele atende.” (E4); “Esse cuidado é compartilhado com os demais profissionais, enfermeiro, médico, e de acordo com as necessidades esses pacientes são encaminhados para um atendimento maior.”

(E10).

A evidência dos protagonismos vivenciados no cotidiano pode ser visualizada na figura 17, em que a realidade na atuação dos ACS é narrada como ponte à porta de entrada dos serviços, bem como da enfermeira como coordenadora da atenção e da organização do cuidado. Já a atuação médica como objetivo-fim da procura pela APS, tanto nas narrativas de usuários como de profissionais, além de serem observadas condutas de usuários centradas no atendimento médico.

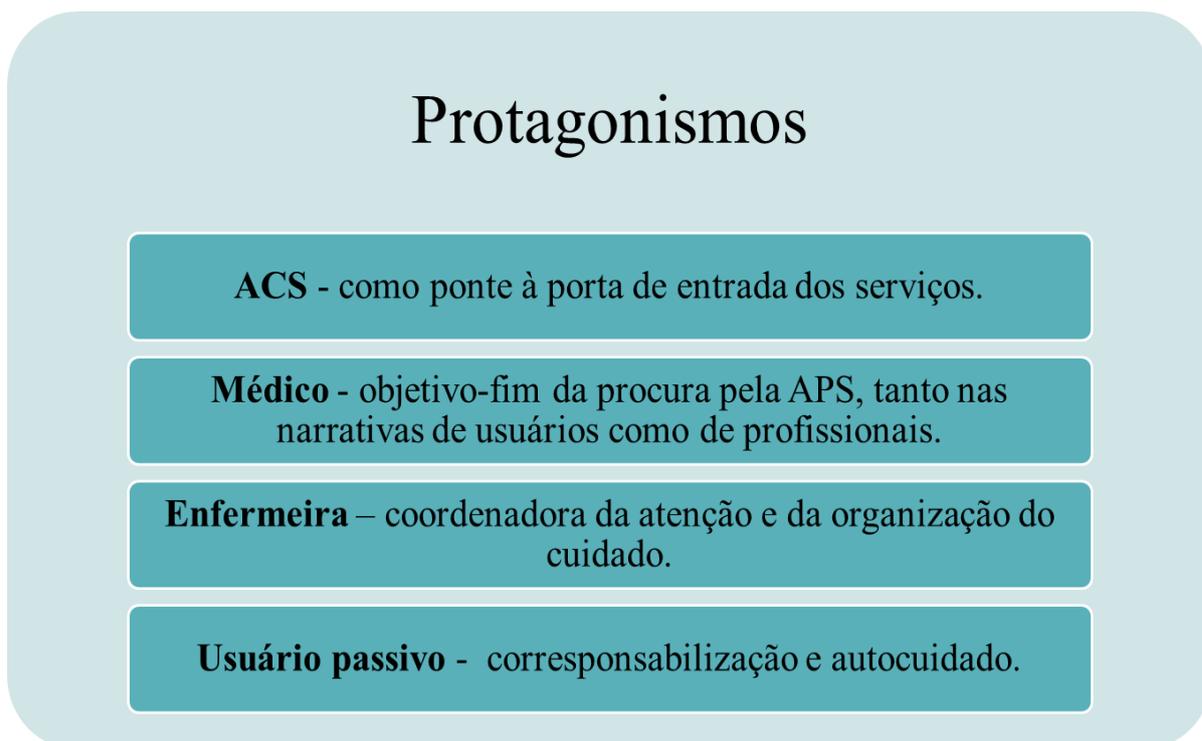


Figura 17 Protagonismo do cuidado narrados pela EqSF/enfermagem e usuários da ESF de um município baiano, Brasil, 2017.

A narrativa do E15 é visível sobre a centralidade do médico, como o protagonismo “central” do serviço, o que deixa explícito a importância do enfoque biomédico: “[...] agora a gente tá sem médico que é o **carro-chefe**, claro, da unidade.” (E15). Esta narrativa traduz as práticas médico-centradas e foco nos aspectos biológicos, não só pelos profissionais, mas pelos usuários que relatam este protagonismo por meio dos saberes tecnológicos. O reconhecimento da prática centrada no saber médico revela o poder que exerce nas condutas dos demais trabalhadores da EqSF, podendo subestimar ou impedir a atuação de cada um deles e também na imposição das condutas dirigidas ao usuário, tornando-o assujeitado nesse cuidado.

Paralelo, a compreensão do saber e da prática médica, a enfermeira é referida como

articuladora das práticas dos demais trabalhadores de saúde, inclusive do ACS inicia o cuidado ela também atua no domicílio. A enfermeira está sempre tentando buscar formas de conduzir o cuidado, realizando os trâmites necessários, e intermediando a atuação dos demais profissionais: “Eu acho que o cuidado da enfermagem é um cuidado meio que, diferenciado [...] a gente tem mais aquela visão.” (E8); “[...] a enfermeira que coordena o atendimento, os profissionais, a unidade em si.” (E12); “[...] a maioria dos problemas que aparecem na unidade são encaminhados pelo enfermeiro, aí o enfermeiro vai direcionar [...]”. (E13); “Quem coordena são as enfermeiras.” (E16).

Tivemos oportunidade de acompanhar a atuação da enfermeira de gerenciamento das unidades, nas USF pesquisadas com atividades de coordenação do serviço, atendimentos e consultas com indivíduos e famílias, práticas de educação em saúde da comunidade bem como capacitação da equipe (ACS e EqSF), articulação com os demais profissionais de saúde e acolhimento, como mostramos na figura 18. Ressaltamos que tal atuação, adjacente à prática médica mostra-se essencial para o desenvolvimento das atividades na APS, pois gerencia o funcionamento dos serviços neste nível na busca de melhorias na qualidade da atenção (AMORIM et al., 2014), da mesma forma, que assume a abordagem de práticas coletivas devido ao teor do processo de trabalho que é papel central da forma de organização da ESF além de concentrar ações de cuidado voltadas para a integralidade uma das dimensões práticas do seu fazer (SOUZA et al., 2013).



Figura 18 Atuação da enfermeira nas USF de um município baiano, Brasil, 2018.

Todavia, a abordagem com foco no usuário é ampliada a partir do olhar da enfermagem, ressaltada apenas um profissional ao considerar o cuidado na busca em abranger a família: “E a gente não faz o cuidado só pra ele, é pra ele e pra família toda.” (E7). Ademais, o enfoque ampliado foi narrado por uma enfermeira, a qual, de acordo com Souza e outros (2013) e revela a abordagem diferenciada que está entrelaçada nas práticas destes profissionais, que para Amorim e outras (2014) podem usar de ferramentas relacionais para adentrar no mundo dos usuários para enxergar suas singularidades.

Portanto, a incorporação do objeto de trabalho focado na família e na coletividade são pilares que poderão sustentar a reorientação do modelo de saúde com base na ESF. Para isso, é essencial que os profissionais de saúde tenham suas práticas voltadas para a coletividade, principalmente num espaço social e relacional que constitui a família (AYRES et al., 2012; MACEDO; MARTIN, 2014).

Contudo, a lógica normativa definida por meio das políticas em nível macropolítico dão direcionamento e regem as práticas nos microespaços da APS. Para tanto, é visível a crise que se instala a partir da admissão de outras formas de organização deste nível de saúde, no que se refere à composição de “Equipes de Atenção Básica” admitidas pela nova Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), representando um retrocesso que pode

enfraquecer o modelo da ESF, gerando novos desarranjos e fragilidade da atenção no que se refere à adoção de práticas coletivas.

Tais mudanças envolvem o financiamento que será dispensado para cobrir as despesas de manutenção das equipes e seguem na mesma ótica da Emenda Constitucional nº 95 (BRASIL, 2016), com vistas à redução dos custos com a saúde. Dessa forma, não são priorizadas as equipes de saúde da família, admitindo sua organização como equipes de atenção básica, que devido aos cortes no financiamento reduzem a oferta de quantidade e elenco de serviços desde a assistência farmacêutica, até a saúde bucal.

Outrossim, há também a desconstrução de um trabalho que buscou promissores resultados e intervenções de saúde, apresentando melhor avaliação em estudos comparativos (CURSINO; FUJIMORI, 2012; ENGEL et al., 2013) entre as duas formas de organização da APS, ressaltando a ênfase e o destaque para a ESF com melhores resultados, que apontam para uma APS abrangente na busca de responder às necessidades dos indivíduos (MOLINER; LOPES, 2013).

Além do mais, as fragilidades e desarranjos são traduzidos por meio de avaliações que mostram a discrepância entre estas duas formas de organização das equipes da APS e que geram impactos nos resultados de indicadores de saúde, causando comprometimento na resolubilidade dos casos (ENGEL et al., 2013). Outras formas básicas de organização também levam a práticas superficiais e que não adentram para o “mundo das necessidades dos indivíduos” (ASSIS, 2015) e famílias, colocando em “xeque” vários dispositivos relacionais que promovem o cuidado e a produção de relações mais saudáveis (ENGEL et al., 2013; AYRES et al., 2012; AYRES, 2004).

Essas formas de organização que não condizem com a ESF podem restringir a legitimação de um trabalho desenvolvido em cuidados primários que obteve resultados e intervenções nos indicadores de saúde até aqui. Formatos de organização das unidades poderão trazer dificuldades que implicam em mais precarização de vínculos profissionais e desajustes dos processos de trabalho que levem a fragilidades na atenção. Para isso, a formulação da ESF e sua organização em EqSF devem ser priorizadas, incentivadas e ampliadas para interferir nos indicadores de saúde, trazendo melhorias na qualidade da atenção e nos níveis de saúde da população.

4.3 DIMENSÃO SIMBÓLICA: SENTIDOS E SIGNIFICADOS ENVOLVIDOS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO

A compreensão dos sujeitos evidenciada na dimensão simbólica convergiu para a construção de duas unidades de análise que representam o entendimento, concepções e valores implicados nas relações de cuidado. A primeira traz a significação do cuidado nos serviços de saúde pelos usuários, como uma resposta positiva que se consolida no acesso.

Já a segunda unidade de análise traz a representação do olhar dos profissionais para a responsabilização dos serviços e corresponsabilização dos usuários como reflexos da compreensão do processo saúde-doença.

4.3.1 Cuidado como respostas positivas às demandas: o olhar dos usuários

O significado de cuidado na visão dos usuários é apreendido pelas respostas positivas às demandas, que podem ocorrer por meio do acesso às ações e serviços, o qual pode possibilitar a resolução para sua necessidade. As narrativas enfatizam o acesso a consultas, exames, medicamentos, correspondendo à lógica de produção de serviços e predominância de tecnologias leves duras (MERHY; FRANCO; 2003), bem como o foco em práticas individualizadas: “Então, aí, eu passei no hospital e aí ele me encaminhou pro neurologista, demorou um pouco, mas assim, questão que ele passou os remédios tudo direitinho, então resolveu.” (U1); “Aqui, eu sempre fui bem atendido. Às vezes, me atende aqui sem ficha.” (U2); “é muito bom aqui. Sempre que venho sou atendida. [...] pego os meus remédios tudo controlado, vem certo. Eu acho ótimo. Me sinto cuidada.” (U3); “o cuidado é, praticamente, o que eu tenho [...] precisado só em ponto de exame, preventivo, e [...] consulta.[...]Nunca vim pra voltar sem. Sem ser consultado, sem ser examinado, sem fazer meu preventivo.” (U6).

No contexto estudado, observamos inclusive comungamos com Tesser (2006) a medicalização social como propulsora da compreensão de cuidado que se dá por meio do consumo de insumos e procedimentos de acesso a consultas, exames e procedimentos como meio de se obter saúde. Assim, acreditamos que não somente esse fenômeno pode levar a uma redução da perspectiva terapêutica mas também desvalorizar a abordagem do modo de vida, dos valores e aspectos subjetivos e sociais que estão implicados no processo saúde-doença.

O processo desencadeado pelo modelo biomédico que inspirou a medicalização e medicamentação (MOLINER; LOPES, 2013) é visto como o poder simbólico exercido no contexto dos serviços de saúde, já que está intrínseco e acumulado pelos agentes (profissionais de saúde-usuários) e pelas próprias instituições, evidenciando sua função política de impor e legitimar a dominação o que assegura como modelo estruturante e de domesticação do cuidar.

Tais aspectos convergem para uma atuação e conformação que foge à concepção de cuidado integral, já que demonstra a fragilidade em assumir posturas que levem ao encontro dos sujeitos, pois há divergência na compreensão de cuidado entre os sujeitos envolvidos (profissionais-usuários). O que percebemos nas práticas é que apesar desta compreensão ampliada por parte dos profissionais, as relações entre os sujeitos, segundo Ayres (2004,p.20) desperdiçam “um potencial de interação que não se realiza plenamente, como o núcleo contraditório da crise enfrentada naquela relação terapêutica”. Um desperdício que se constitui como núcleo contraditório da crise enfrentada pelas práticas de saúde, de modo geral o que é reforçada por Egry (2017, p.1) como uma “domesticação” que retira o essencial, especialmente no cuidado de enfermagem, que está na “complexidade da relação no cuidado em si; da interface em si; do ser humano em movimento, em si”.

A busca por atendimento e pelo cuidado enfrenta algumas barreiras que refletem na percepção do cuidado do usuário em ter suas necessidades reconhecidas e seus problemas resolvidos. Ademais, a compreensão de cuidado pelos usuários pode ser influenciada pelo reflexo da falta ou número reduzido de vagas, acesso a serviços, forma de marcação de consultas e reconhecimento dos profissionais das suas necessidades (FURTADO et al., 2013).

Outros estudos exaltaram as formas de acesso também como dificuldades, pois quando o usuário esbarra em alguma dificuldade, mas consegue por outros mecanismos acessar esses serviços, sentem suas necessidades (des)valorizadas. O mecanismo de busca pelo cuidado desvela a fragilidade da rede na oferta de serviços e reflete nas dificuldades de acesso numa rede que não é estruturada para atender essa demanda e que está acima da capacidade técnica da equipe (FURTADO et al., 2013; AMORIM et al., 2014; MOREIRA et al., 2017) e interferem na visão dos usuários acerca do cuidado.

Da mesma forma, ao procurar os serviços, a ênfase biomédica se torna mais evidente, já que os usuários narram experiências de cuidado apenas no aparecimento de algum agravo: “É difícil eu vir aqui, só quando precisa mesmo. Quando vou no hospital só quando preciso. Quando eu venho, pego remédio quando não tem eu pego lá na rua.” (U2); “[...] venho pra doutora sempre, meu prontuário é com ela [...] eu sou bem cuidada [...] eu sou atendida.”

(U6). Percebemos nestas narrativas a lógica curativista representada no simbólico dos usuários que reflete o modelo de saúde edificado e revelado nas dificuldades em superar práticas procedimento-centradas, fragmentadas e individualizadas (AMORIM, 2014; ASSIS et al., 2015; FREEMAN et al., 2016).

Os usuários se sentem cuidados quando recebem respostas positivas às demandas apresentadas, ou seja, o acesso a consultas, procedimentos e exames é o que representa o cuidado no simbólico dos usuários. Segundo Assis e outros (2015), esta concepção é impregnada pelas percepções do usuário enquanto parte do serviço de saúde, focada numa lógica aponta para o consumo de serviços e procedimentos e assim, os aspectos relacionais são “invisíveis”, o que vem a divergir com a construção do cuidado à saúde.

4.3.2 Saúde-doença como construção complexa: culpabilização e responsabilização dos sujeitos envolvidos (profissionais de saúde e usuários)

A compreensão dos profissionais acerca do processo de saúde-doença é percebida em suas narrativas de distintas formas: “[...] O bem-estar da pessoa não é só o físico, é o mental, porque muitas vezes a gente recebe um paciente aqui achando que é alguma coisa física e nem ele, às vezes [...]” (E14). Todavia, grande parte dos sujeitos que narraram suas experiências expressa um entendimento ampliado do processo, tendo como base a compreensão biopsicossocial, além da identificação de vários determinantes que exercem influência na dinâmica do cuidar.

As narrativas remetem à importância de adentrar no mundo das necessidades dos usuários (ASSIS et al., 2015) para desvelá-las, e por isso, requer o uso de instrumentos relacionais que podem ser construídos por meio de um olhar mais profundo e uma compreensão ampliada dos que produzem o cuidado. Para tanto, esses instrumentos objetivam unir, ligar, compartilhar, perceber, atravessar, destacando o acolhimento e o vínculo (COSTA; LOPES, 2012).

O processo saúde-doença visto de forma ampliada, nos permite a adoção de condutas que busquem abranger uma forma de enxergar os modos de vida que podem resultar o adoecimento. A busca por essa compreensão, de acordo com Ayres (2012) e Mendes (2012), foi iniciada pelos movimentos reformistas que resultaram em políticas de saúde com a finalidade de fugir de concepções reduzidas do processo saúde-doença no sentido de construir um sistema de saúde capaz de responder à complexidade das necessidades desencadeadas nos

diferentes modos de ser, a partir de abordagens coletivas, com foco na família.

Entretanto, percebemos a complexidade que envolve o processo saúde-doença, bem como os aspectos biopsicossociais desvelados nas narrativas e que podem interferir em como os sujeitos compreendem seu próprio estado de saúde e as formas de enfrentamento, embora sejam abordagens individuais feitas pela equipe de enfermagem: “Bem, eu acho que saúde, pra que você tenha saúde é meio complexo, não é só a ausência da doença [...] Porque você tem que ter como um todo, é o social, o psicológico, porque você encarar a doença, a doença, às vezes, não é só a doença física, existe a doença social.” (E15); “Sem saúde não temos condições de fazer outras atividades da nossa vida. E não é só o adoecimento físico, também o mental. Se não estamos bem, nada vai bem.” (E16); “E é um processo amplo, um sujeito adoecido psiquicamente, ele não adoeceu hoje, é um processo de vida não cuidado que ele acaba adoecendo, então eu acredito que a gente tem sempre que tá pensando na saúde e não na doença” (E17). Por outro lado, a compreensão ampliada contempla o conceito de saúde estabelecido pelas leis que regem o SUS e as políticas de saúde que visam intervir em aspectos essenciais neste processo, com ênfase nos sociais, mas tendo em vista tal complexidade entendemos que é preciso superar compreensões simplistas e limitadas que ainda permeiam as práticas para interligar diferentes saberes, serviços e setores do SUS (ASSIS et al., 2015; BACKES et al., 2014).

Neste estudo, o grupo representado pela EqSF/enfermagem ressalta que os sujeitos envolvidos exercem influência e podem gerar mudanças importantes a partir da forma como compreendem o processo saúde-doença. Por outro lado, não explicitam sua responsabilidade na reprodução desses modos de compreensão dos usuários, já que todos estão entrelaçados e circunscritos no modelo de saúde que rege os serviços e sentido das ações que são voltadas ao corpo. Assim, a forma como o serviço é desenvolvido imprime na percepção e significação dos usuários com relação ao seu processo de adoecimento, a ausência ou pouca corresponsabilização e a frágil autonomia, o que resulta em formas passivas de atuação.

A “frágil” percepção dos profissionais enquanto formuladores e moduladores da compreensão dos usuários poderá refletir em significados relacionados à culpabilização e a frágil corresponsabilização que é atribuída aos usuários: “Ele sempre quer culpabilizar alguém do seu estado de saúde e não admita sua própria responsabilidade sobre seu autocuidado. [...] quando os problemas de saúde acontecem, uma gravidez indesejada, a mulher sempre vai referenciar que a culpa é do marido, a culpa é da enfermeira que não quis dar o remédio, a culpa é da médica que não quis encaminhar pra fazer a laqueadura, mas nunca era dela.” (E9); “ – Eu não tomei meu anticoncepcional esse mês porque não tinha! – Aí, eu disse assim: – E

por que tu não me procurou, pra dar uma receita, ou pra eu ver se um outro colega de uma outra unidade tem, pra me emprestar? – Entendeu? Então, assim como se tivesse responsabilizando a unidade por ele não ter tomado o anticoncepcional. E aí engravida, e diz que foi culpa da unidade.” (E13). Ficam evidentes os valores relacionados à conduta dos usuários e a seu entendimento acerca do processo saúde-doença que são predominadas pela medicalização e modelo biomédico. Segundo Egry (2017), a própria noção dos usuários traduz para a domesticação das práticas no interior dos serviços e, conseqüentemente, inibem atuações que podem construir o cuidado de forma integral.

Contudo, a compreensão dos aspectos sociais ganha espaço para estas discussões, pois se aplicam a situações complexas e na determinação que podem exercer. Logo, a saúde como resultante de diferentes aspectos não pode corresponder à culpabilização do indivíduo. Ela pode ser uma conduta que evidencia uma compreensão limitada do processo saúde-doença em que os profissionais não se reconhecem enquanto agentes de mudança capazes de intervir nas vulnerabilidades e necessidades encontradas, bem como à carência de relações horizontais e corresponsabilização dos sujeitos que possam levar a uma articulação coletiva (AYRES et al., 2012; FURTADO et al., 2013; ASSIS et al., 2015).

Entretanto, cabe discutirmos também que essa visão pode levar a conflitos e relações que não se apropriem dos campos relacionais e impeçam a ressignificação do processo de trabalho, da superação da queixa-conduta e resulte na baixa resolubilidade (AMORIM et al., 2014; ASSIS et al., 2015). Uma vez que, além de não aproveitar os espaços de encontros capazes de construir relações busquem o reconhecimento das necessidades sociais de saúde dos indivíduos e grupos e resultem no compromisso com a produção de saúde e cuidado integral (AYRES et al., 2012). Por conseguinte, para Furtado e outros (2013) a compreensão do espaço social envolve a família e pode propiciar a criação de laços, compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a comunidade, e é necessária para promover mudanças na ótica profissional sobre o processo de saúde-doença e no cuidado.

Quanto à visão dos usuários, a compreensão do processo saúde-doença, para Assis e outras (2015) se limita a doença como manifestação negativa e que compromete seu “modo de andar a vida” (CAMPOS, 1991; 1992): “Assim, porque ficar doente não é fácil pra ninguém.” (U1) Da mesma forma, percebemos a ênfase dada ao curativismo em detrimento das ações de promoção à saúde, já que para Baum e outros (2017), a busca pelo serviço só ocorre no momento de alguma desordem física com a manifestação do corpo adoecido e ou evidência no modelo seletivo da atenção, em que o foco consiste na reabilitação e cura: “É difícil eu vir aqui, só quando precisa mesmo. Quando vou no hospital só quando preciso.

Quando eu venho, pego remédio quando não tem eu pego lá na rua.” (U2) . Apesar da adesão às estratégias de prevenção e detecção precoce de doenças, a promoção à saúde é adiada, uma vez que o foco de acordo com Assis e outros (2015) e Baum e outros (2017), é sempre curar/tratar a doença, o corpo adoecido; e as práticas de promoção à saúde são sempre postergadas. Os autores complementam que são estruturas fortes e que determinam as visões dos sujeitos envolvidos nos serviços de saúde e repercutem em como as ações são desenvolvidas.

Embora os participantes deste estudo tenham diferentes formas de compreender o processo saúde doença, as práticas são reduzidas ao aspecto biológico, em valores relacionados às estruturas dominantes do modelo de saúde vigente e que são interpretadas na forma como os usuários compreendem o adoecimento e como se colocam diante deste processo. Portanto, a ampliação das práticas só será possível a partir da mudança nas concepções de forma ampliada com o objetivo de transformar a prática com ações mais abrangentes, com foco na promoção a saúde e centralidade do usuário.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão da dimensão simbólica e técnica do cuidado integral na APS, a partir das narrativas retratam as de experiências vivenciadas pela EqSF/enfermagem e usuários a partir das concepções e dos valores relacionados ao processo saúde-doença e suas repercussões na conformação do cuidado, constituindo-se elementos para a discussão das diferentes visões sob múltiplos olhares.

A compreensão do simbólico e do técnico divergem em meio às formas como o cuidado é narrado e como acontece no cotidiano da ESF do município estudado. Concepções, apesar de certos avanços em relação ao modelo biomédico, porém as práticas ainda são medicalizantes. O desafio está em articular o fazer (dimensão técnica) para se apropriar da subjetividade que permeia as relações, buscando a centralidade do cuidado no usuário, despertando-o à responsabilização e autocuidado, diante da compreensão do seu processo saúde-doença.

Portanto, entendemos que a dimensão técnica precisa vir permeada de alguns dos seus elementos constituintes, o vínculo como construtor das relações e fruto do acolhimento, necessários para o cuidado, e o acesso como resposta positiva às demandas dos usuários. Outros elementos foram implicitamente mencionados, como a integralidade da atenção que permeia o atendimento das necessidades do usuário pelas EqSF e por outros serviços que vão além da APS. Esses dispositivos apesar de serem considerados importantes para as práticas integrais, precisam se concretizar como práticas que resultem da organização de uma APS abrangente, resolutiva e capaz de fortalecer os sistemas de saúde mediante respostas às demandas. Contudo, isto requer a organização de uma rede coordenada pela APS imbuída de competência e autonomia para se comunicar com os demais serviços dando respostas às necessidades de saúde.

Todavia, a competência, a habilidade, a autonomia e o projeto terapêutico compartilhado entre equipe e usuário foram, de certa forma, invisíveis, talvez pelas dificuldades, o que influenciam uma prática de saúde resolutiva, integral e humanizada. Logo, os desafios do trabalho consistem em alcançar a completude da dimensão técnica com exploração destes aspectos para a compreensão do cuidado, envolvendo os profissionais de saúde e usuários por meio de aspectos relacionais e intersubjetivos.

A partir das narrativas e da observação da dimensão organizativa que compõem o cotidiano da ESF, percebemos a fragilidade envolvida com relação à organização da APS dentro da rede de atenção, especificamente o seu aspecto seletivo mediante a organização dos serviços e sua relação com os diferentes níveis de atenção, dando-nos uma compreensão de um cuidado incipiente, fragmentado e desarticulado na rede.

Diante do contexto sob a forma de organização, o cuidado torna-se fragmentado e “quebrado na rede”, tendo em vista a realização por diferentes profissionais e saberes sem qualquer conexão, focado no usuário fragmentado, olhando-o como um “corpo adoecido”, apesar de percebemos mudanças na forma de conceber o cuidado e nos esforços em adequar a atenção de acordo com as necessidades dos usuários. Além do que, o cuidado não consegue ser longitudinal e nem continuado ao longo da rede devido à forma como está organizada, causando certo isolamento da APS em relação aos demais níveis. É preciso fortalecer a rede de atenção a partir do modelo de ESF em seus processos de gestão e pactuação para ordenação do cuidado pela APS de forma resolutiva e abrangente, que permita sua continuidade do cuidado com base em práticas integrais.

Destacamos as dificuldades identificadas dentro da ESF que, apesar de tudo, se trata de uma forma de organização da APS que se destaca como melhor forma de organização e em melhorias na qualidade de atendimento e conformação do cuidado, se comparado a outras formas de organização no que se refere aos atributos de primeiro contato e de acessibilidade. Neste sentido, esforços devem ser provocados para gerar mudanças necessárias ao estabelecimento e concretização da ESF como uma das formas de organização da APS que poderá trazer melhorias às questões de saúde da população.

O estudo deixa claramente visível que para fortalecimento da APS como base e organização do SUS, é urgente haver uma articulação entre as dimensões organizativas, técnicas e simbólicas com foco nas práticas de saúde e nos sujeitos que estabelecem as relações nestas dimensões. Logo, a existência de sinergia entre as concepções, os valores e as visões (dimensão simbólica) precisa refletir na prática a dimensão técnica que ocorrem no cotidiano dos serviços de saúde que compõem a rede de atenção na qual a APS como também articulada à dimensão organizativa.

A análise de narrativa se constitui como uma importante ferramenta de investigação de práticas e experiências em saúde, visto que rememora e conta a experiência das EqSF/enfermagem e usuários sob diferentes olhares, permitindo uma ampla visão de uma mesma situação e seus diferentes significações e experiências.

As contribuições deste estudo estão elencadas na forma de análise do cuidado na APS sob um referencial que nos possibilitou enxergar as dimensões envolvidas e suas repercussões no cuidado, bem como demonstrar a possibilidade de uso desse referencial em estudos posteriores no sentido de consolidá-la como método de análise da APS, ampliando as discussões na tentativa de repensar e efetivá-las em cuidados integrais. Além disso, a pesquisa buscou contribuir com estudos que utilizam a análise de narrativa, em especial, sob o olhar dos profissionais e usuários, fomentando as discussões sobre a conformação do cuidado e a saúde pública brasileira.

Os limites são relacionados à impossibilidade de captar as dimensões teóricas propostas de forma completa de um espaço tão complexo como a APS, que requer uso de diferentes abordagens para melhor apreensão dos seus aspectos. Acrescenta-se também o reduzido tempo para coleta de dados, mas que permitiu imersão necessária para a apreensão dos elementos requeridos para esta análise.

REFERÊNCIAS

ABREU DE JESUS, W. L.; ASSIS, M.M.A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Cien Saude Colet**, 2010; n. 15, v.1: p. b161-170.

AMORIM, A.C.C.L.A.; ASSIS, M.M.A.; SANTOS, A.M.; JORGE, M.S.B.; SERVO, M.L.S. Practices of the family health team: advisors of the access to the health services? **Texto & Contexto Enferm** [Internet], 2014 Oct-Dec [cited 2013 Mar 03]; n.23, v. (4): p.1077-86. Available from: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/0104-0707-tce-23-04-01077.pdf>>. Access on: 11 nov. 2017.

ARAÚJO, J.L.; BORBA, M.C. Construindo Pesquisas Coletivamente em Educação Matemática. In: BORBA, M. C.; ARAUJO, J. L. (Org.). **Pesquisa qualitativa em educação matemática**. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

ASSIS, M.M.A.(coord.) et al. **Avaliação da Atenção Primária à Saúde**: construção de modelo de análise. Projeto de pesquisa: NUPISC - UEFS, 2016.

ASSIS, M.M.A. Redes de atenção à saúde e os desafios da atenção primária À saúde: um olhar sobre o cenário da Bahia. In: ALMEIDA, P.F.; SANTOS, A.M.; SOUZA, M.K.B. (orgs.). **Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde**. – Salvador: Edufba, p. 45-64, 2015.

ASSIS, M.M.A. et al. Cuidado integral em saúde: dilemas e desafios da Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.68, n.2, p.333-338, abr 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n2/0034-7167-reben-68-02-0333.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

ASSIS, M.M.A.; ABREU-DE-JESUS, W.L. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/>>. Acesso em: 02 jun. 2016.

ASSIS, M.M.A; JORGE, M.S.B. Método de análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, J.S.S.; NASCIMENTO, M.A.A. (Org.). **Pesquisa**: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana: UEFS Editora, p. 139-159, 2010.

ASSIS, M.M.A.; NASCIMENTO, M.A.A.; FRANCO, T.B.; JORGE, M.S.B. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família**: olhares analisadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA, p. 182, 2010.

AYRES, J.R.C.M. et al. Ways of comprehensiveness: adolescents and young adults in Primary Healthcare. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.16, n.40, p.67-81, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100006>. Acesso em: 02 jun. 2016.

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, e os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004. Disponível em:<

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003>.
Acesso em: 02 jun. 2016.

BACKES, D.S. et al. Concepções de cuidado: uma análise das teses apresentadas para um programa de pós-graduação em enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. spe, p. 71-78, 2006. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000500008>.
Acesso em: 08 jun. 2016.

BACKES, D.S. et al. O Sistema Único de Saúde idealizado versus o realizado: contribuições da Enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 6, p. 1026-1033, Dec. 2014. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000601026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez. 2017.

BAHIA (Estado). **Resolução CIB nº 275/2012**. Aprova as regiões de saúde do Estado da Bahia e a instituição das Comissões Intergestores Regionais. Salvador, BA, 2012. Disponível em:
http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/docs/RESOLU%C3%87%C3%83O%20275_15.08.2012_Aprova%20Regi%C3%B5es%20de%20Sa%C3%BAde%20e%20CIR.pdf Acesso em: 15 mai. 2017.

BAUM, F.; FREEMAN, T.; LAWLESS, A. et al. What is the difference between comprehensive and selective primary health care? Evidence from a five-year longitudinal realist case study in South Australia. **BMJ Open**, v. 7, 2017. Disponível em: <
10.1136/bmjopen-2016-015271>. Acesso em 12 dez. 2017.

BAUM, F.; FREEMAN, T.; SANDERS, D.; LABONTÉ, R.; LAWLESS, A.; JAVANPARAST, S. Comprehensive primary health care under neo-liberalism in Australia. **Social Science & Medicine**, v. 168, p.43-52. November 2016. Disponível em: <
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953616305056>>. Acesso em 12 dez. 2017.

BONFIM, V.S. Gadamer e a experiência hermenêutica. **Revista CEJ**, Brasília, Ano XIV, n. 49, p. 76-82, abr./jun. 2010.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Trad. Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989, p. 341.

BRASIL. Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 de setembro de 2017. Seção 1, p. 68-77. Disponível em: <
<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/09/2017&jornal=1&pagina=77&totalArquivos=120>>. Acesso em: 13 nov. 2017.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 95 de 15 de dezembro de 2016. **Altera o ato das disposições constitucionais transitórias, para instituir o novo regime fiscal, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 de dezembro de 2016. Seção 1, p. 2-3. Disponível em: <

<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=16/12/2016&jornal=1&pagina=3&totalArquivos=368>>. Acesso em: 13 jun. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 127 p., 2015.

BRASIL. Ministério do Planejamento. IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Cidades. 2015. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 12 mar. 2016.

BRASIL. Resolução 466/2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 12 dez. 2012. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2016.

BRASIL. Portaria no 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 de outubro de 2011. Seção 1, p. 48-55. Disponível em: < <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>>. Acesso em: 13 jun. 2016.

BRASIL, M.S. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** / Ministério da Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, p. 28, 2007. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_site.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2016.

BRASIL, M.S. Secretaria Executiva. **Sistema único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: MS, 41 p. 2000. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2016.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 12 mar. 2016.

CAMPOS, G.W.S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo, Hucitec, 1991.

CAMPOS, G.W.S. **A reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo, Hucitec, 1992.

CHIEZA, A.M.; FRACOLLI, L.A.; VERÍSSIMO, M.D.L.O.R.; ZOBOLI, E.L.C.P.; ÁVILA L.K.; OLIVEIRA, A.A.P. A construção de tecnologias de atenção em saúde com base na promoção da saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. esp 2, p.1352-7, 2009. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40466>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

COSTA, M.C.; LOPES, M.J.M. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n.5, p. 1088-1095, 2012. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 12 jul. 2016.

COSTA, R.C.; QUEIROZ, M.V.O.; ZEITOUNE, R.C.G. Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. **Esc Anna Nery (impr.)**; v. 16, n. 3, p. 466-472, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300006>. Acesso em: 12 jul. 2016.

CURSINO, E.G.; FUJIMORI, E. Integralidade como uma dimensão das práticas de atenção à saúde da criança: uma revisão bibliográfica. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, dez; v. 20, n. esp 1: p. 676-80, 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/5969>>. Acesso em 12 dez 2017.

ECO, U. **Interpretation and Overinterpretation**. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

EGRY, E.Y. Como o conhecimento pode impactar na qualificação da prática em enfermagem e saúde?. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 2, editorial, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200201&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez. 2017.

ENGEL, R.H.; WEILLER, T.H.; FARÃO, E.M.D.; BARROS, I.F.O.; BORDIGNON, J.S.; LUZ, E.M.F. Acessibilidade geográfica e organizacional: obstáculos entre usuários com Tuberculose e os serviços de saúde. **Rev Enferm UFSM**, Jan/Abril, n. 3 v.1, p. 307-314, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm>>. Acesso em: 12 jul 2016.

FANTON, M. Sujeito, sociedade e linguagem: uma reflexão sobre as bases teóricas da pesquisa com narrativas biográficas. **Civitas**, Porto Alegre, v. 11, n. 3, p.529-543, set-dez., 2011. Disponível em:<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/10064>>. Acesso em 12 dez. 2017.

FRACOLLI, L.A.; ZOBOLI, E.L.P.; GRANJA, G.F.; ERMEL, R.C. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 5, p. 1135-41, 2011. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 12 jul. 2016.

FREEMAN, T.; BAUM, F.; LAWLESS, A.; LABONTÉ, R.; SANDERS, D.; BOFFA, J.; EDWARDS, T.; JAVANPARAST, S. Case study of an aboriginal community-controlled health service in Australia: universal, rights-based, publicly funded comprehensive primary health care in action. **Health and human rights**, December 2016, v.18, n.2, pp.93-108. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5394990/>>. Acesso em: 16 dez. 2017.

FURTADO, M.C.C.; BRAZ, J.C.; PINA, J.C.; MELLO, D.F.; LIMA, R.A.G. Assessing the care of children under one year old in Primary Health Care. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p.554-561, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000200554>. Acesso em: 12 jul. 2016.

GADAMER, H. G. **Verdade e método I** – traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Trad. de Flávio Paulo Meurer. Rev. por Enio Paulo Giachini. 15 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2015.

GEANELLOS, R. Exploring Ricoeur's hermeneutic theory of interpretation as a method of analyzing research texts. **Nurs. Inq.**, v. 7, p.112-9, 2000. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nin.2016.23.issue-4/issuetoc>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed, 2ª reimp., São Paulo: Atlas, p.200, 2009.

GIOVANELLA, L. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1081-1096, 2011.

GOOD, B. **Medicine, rationality, and experience**. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

HEIMANN, L.S.; IBANHES, L.C.; BOARETTO, R.C.; CASTRO, I.E.N.; TELES JÚNIOR, E.; CORTIZO, C.T.; FAUSTO, M.C.R.; NASCIMENTO, V.B.; KAYANO, J. Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. 6, p. 2877-2887, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600025>. Acesso em: 12 jul. 2016.

HORI, A.A.; NASCIMENTO, A.F. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3561-3571, Aug. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803561&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez. 2017.

JAPIASSÚ, H.; MARCONDES, D. **Dicionário Básico de filosofia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006

JORGE, M.S.B.; DINIZ, A.M.; LIMA, L.L.; PENHA, J.C. Apoio matricial, projeto terapêutico singular e produção do cuidado em saúde mental. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Jan-Mar; v. 24, p.112-20, 2015. Disponível em: <<http://www.textocontexto.ufsc.br/>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

LABONTÉ, R.; SANDERS, D.; PACKER, C.; SCHAAY, N. Is the Alma Ata vision of comprehensive primary health care viable? Findings from an international Project. **Global Health Action**, v.7, pp.1-16, 2014. Disponível em: <10.3402/gha.v7.24997>. Acesso em 12 dez. 2017.

LARYE, S.; GOEDE, H.; BARTEN, F. Moving toward universal access to health and universal health coverage: a review of comprehensive primary health care in Suriname. **Revista panamericana de salud pública**, v.37, n.6, pp.415-21, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26245177>>. Acesso em 13 dez. 2017.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artmed, p.340, 1999.

- LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude soc.** [online]. 2011, vol.20, n.4, p.867-874. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc>>. Acesso em: 12 jan. 2017.
- LUCENA, A.F. et al. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. **Rev. Esc. Enf. USP**, 2006, v. 40, n.2, p. 292-8. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/69669>>. Acesso em: 12 jul. 2016.
- MACEDO, L.M.; MARTIN, S.T.F. Interdependence between the levels of care in Brazilian Health System (SUS): meanings of integrality reported by primary care workers. **Interface (Botucatu)**, v. 18 n.51, p.647-59, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000400647&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 dez. 2017.
- MANZINI, E.J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semiestruturada. In: MARQUEZINE: M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE; S. (Orgs.) **Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial**. Londrina: Eduel, 2003. p.11-25.
- MATTA, G. C.MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2009
- MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília - DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 512 p. 2012. Disponível em: <<http://www.saude.go.gov.br/public/media/1IUN5gHxOAAGWd/18446212121840542550.pdf>>. Acesso em: 6 nov. 2016.
- MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 549p., 2011. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>>. Acesso em: 6 nov. 2016.
- MERHY, E. Introdução ao Debate sobre os Componentes da Caixa de Ferramentas dos Gestores em Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Ver – SUS Brasil: cadernos de textos / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 299p., 2004.**
- MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed., São Paulo: Hucitec, p. 416, 2010.
- MINAYO, M.C.S. Hermenêutica-dialética como o caminho do pensamento social. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; p. 83-107, 2002.
- MOLINER, J.; LOPES, S.M.B. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.4, p.1072-1083, Dec. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez. 2017.

MOREIRA, R.C.R.; LOPES, R.L.M.; DINIZ, N.M.F. Prevenção do câncer do colo do útero em gestantes: estudo fenomenológico. **Online Brazilian Journal of Nursing –OBJN**. [Internet]. Sept, 2013; v. 12, n. 2, p. 511-21. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4011>>. Acesso em: 03 mai. 2016.

MOREIRA, D.A.; TIBÃES, H.B.B.; BATISTA, R.C.R.; CARDOSO, C.M.L.; BRITO M.J.M. Manchester triage system in primary health care: ambiguities and challenges related to access. **Texto contexto - enferm**. [Internet]. 2017 [cited 2017 Nov 04]; 26 (2): e5970015. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200302&lng=en>.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, Sept. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Apr. 2018.

O'MALLEY, A.; RICH, E. Measuring comprehensiveness of primary care: challenges and opportunities. **Journal of General Internal Medicine**, 2015, v..30 (Supplement 3), pp.568-575. [Internet]. 2015. Disponível em: <<http://www.jgim.org/>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

ONOCKO-CAMPOS, R.T.; FURTADO, J.P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 1090-6, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n6/7066.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS) /ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-americana da Saúde (Opas) /Organização Mundial de Saúde (OMS). Washington: Opas, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS) /ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementacion en las Américas**. Washington: Opas, 2010. (Serie de la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, 4).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS) /ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>> Acesso em: 12 set. 2017.

PARRA, D. Revolución científica de la salud familiar en Chile. **Rev. Enfermería Actual de Costa Rica**, San José, n. 31, p. 243-253, Dec. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682016000200243&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez. 2017.

PENNA, C.M.M.; FARIA, R.S.S.; REZENDE, G.P. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde? **Rev Min Enferm**, out/dez; v. 18, n. 4, p. 815-822, 2014. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/965>> Acesso em: 12 set. 2017.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3.ed. Hucitec/IMS/Uerj-Abrasco, p.320, 2005.

QUAGLIATO, F.F.; RUFFINO NETTO, A.; FORSTER, A.C. Questionário de diagnóstico compartilhado da atenção básica: equipes de Saúde da Família típicas x ampliadas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 141-151, mar. 2015. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/104595>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

QUEIROZ, L.S.; NOBRE, L.; MENDES, P.M.F.; SOARES, A.; LEÃO, C.D. Abordagem familiar no âmbito da estratégia saúde da família: uma experiência de cuidado interdisciplinar. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v.12, n. 2, pp.458-468, 2014. Disponível em: <<http://revistas.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/1488>> Acesso em: 12 nov. 2016.

QUEIROZ, E.S.; PENNA, C.M.M. Conceitos e práticas de integralidade no município de Catas Atlas- MG. **Reme – Rev. Min. Enferm.**; v.15, n. 1, p. 62-69, jan./mar., 2011. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/Home>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

RICOEUR, P. **Do texto à ação: ensaios de hermenêutica II**. Porto (PT): Rés-Editora, 1989.

RICOEUR, P. **From text to action: essays in hermeneutics II**. London: The Athlone Press, 1991.

RICOEUR, P. **Tempo e narrativa: tomo 1**. Campinas, SP: Papyrus, 1994.

RICOEUR, P. **Hermeneutics and the human sciences**. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

SALA, A.; LUPPI, C.G.; SIMÕES, O.; MARDIGLIA, R.G. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saúde Soc**. São Paulo, v.20, n.4, p.948-960, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

SCHÜTZ, Fritz. **Biography analysis on the empirical base of autobiographical narratives: how to analyse autobiographical narrative interviews – part 1**. Disponível em: <<http://www.biographicalcounselling.com/download/B2.1.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2017.

SERPA JUNIOR, Octavio et al . Experiência, narrativa e conhecimento: a perspectiva do psiquiatra e a do usuário. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 4, p. 1053-1077, dez. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000401053&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 set. 2017.

SILVA, S.S; ASSIS, M.M.A. Family health nursing care: weaknesses and strengths in the Unified Health System. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 0603-0609, Aug. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000400603&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez. 2017.

SILVA, C.T.S.; SILVA, S.S.; ALMEIDA, M.V.G.; ARAÚJO, I.B. Integralidade e suas interfaces com a produção do cuidado. **Rev Cuid**, v. 5, n.2, p. 731-8, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.85>>. Acesso em 6 mar. 2016.

SILVA, C.S.O.; FONSECA, A.D.G.; SOUZA, L.P.S.; SIQUEIRA, L.G.; BELASCO, A.G.S.; BARBOSA, D.A. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4407-4415, Nov. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104407&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 dez. 2017.

SILVA, J.M. **Planejamento em saúde: a dialética entre teoria e prática**. Vitória da Conquista: Edições UESB, 238p., 2011.

SILVA, R.M.M.; SOBRINHO, R.A.S.; NEVES, E.T. TOSO, B.R.G.O.; VIERA, C.S. Challenges in the coordination of children's healthcare. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p.1217(16), 2015. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/sobre/>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

SILVEIRA, A.C. **Atenção Primária em Saúde e Proteção Social: A Agenda da Organização PanAmericana de Saúde nos Anos 2000**. 2011. 130 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, São Paulo. 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 726p, 2002.

STEIHAUG S, MALTERUD K. Stories about bodies: A narrative study on self-understanding and chronic pain. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v. 26, n.1, p. 188-192, 2008.

SOUZA, M.L. et al . O Cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 2, Jun., 2005. Disponível em: <<http://www.textoecontexto.ufsc.br/>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

SOUZA, M.H.N. et al. Integralidade como uma dimensão da prática assistencial do enfermeiro no acolhimento mãe-bebê. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 677-682, Dec. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400677&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez. 2017.

TESSER, C.D. Social medicalization (II): biomedical limits and proposals for primary care clinics. **Interface**, Botucatu , v. 10, n. 20, p. 347-362, Dec. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez. 2017.

TERRA MG et al. O significado de cuidar no contexto do pensamento complexo: novas possibilidades para a enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem** – Florianópolis; v. 15 n. esp., p. 164-9, 2006. Disponível em: <<http://www.textoecontexto.ufsc.br/>>. Acesso em: 6 mar. 2016.

VIACAVA, F.; BELLIDO, J.G. Health, access to services and sources of payment, according to household surveys. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 2, p. 351-370, Feb. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200351&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 dez. 2017.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. 3 ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 2001.

WALDOW, V.R. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis, RJ:Vozes, 2004.

XIMENES S. **Minidicionário Ediouro da Língua Portuguesa**. 2 ed. Reform. São Paulo: Ediouro, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

1 – Caracterização da USF:

- Organização x Estruturação: tempo de funcionamento/ localização/ número de ESF na USF/ cobertura das famílias/ composição da equipe/ estrutura física/ equipamentos/ Organização do serviço: (horário de funcionamento, atendimentos, demanda, educação em saúde).

2 – Cuidado integral e APS.

Aspecto observado	Data/hora	Observação	Impressão/avaliação
Dimensão organizacional: Porta de entrada, barreiras geográficas, Regulação: fluxo e contra fluxo, Avaliação.			
Dimensão técnica: processo de cuidar em saúde e enfermagem - sujeitos, relações e práticas (individuais e coletivas); - Identificar as especificidades das práticas de diferentes profissões: médicos, enfermeiros, dentista, assistente social, psicólogo, entre outros.			
Dimensão simbólica: Processo saúde-doença, Cultura, Crenças, Valores, postura, ideais.			

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA A EQUIPE DE SAÚDE

1 - Identificação

Código do Entrevistado:

Profissão:

Sexo:

Escolaridade:

Aperfeiçoamento/ Especialização na área:

Tempo de atuação na Unidade de Saúde da Família:

Vínculo trabalhista:

USF zona:

2 – Roteiro de Entrevista

2.1 Cuidado integral na APS em relação às dimensões organizativas, técnicas e simbólicas

Questionamento inicial:

- Conte-me sobre sua experiência sobre o cuidado integral: o que você entende sobre, como e onde ele acontece, se existe coordenação com outros setores e profissionais.

Pontos a serem abordados:

- Concepção da equipe de saúde e de enfermagem sobre cuidado integral: sentidos e significados (o que é);
- Organização do atendimento e infraestrutura (como e onde acontece);
- Coordenação do cuidado (quem e como);
- Como a unidade de saúde da família está situada na rede de atenção: fluxos e contra fluxos.
- Processo de cuidar em saúde e enfermagem: sujeitos, relações e práticas (individuais e coletivas)
- Especificidades das práticas de diferentes profissões: médicos, enfermeiros, dentista, assistente social, psicólogo, entre outros;
- Apoio matricial do NASF – como se organiza;
 - Manifestação discursiva das crenças, valores, ética, atitude, postura, visão de mundo, cultura, ideologia (ideais);
- Como compreende o processo saúde-doença e como se situa na compreensão de si (cuidador) e do outro.

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS USUÁRIOS

1 - Identificação

Código do Entrevistado:

Sexo:

Escolaridade:

2 – Roteiro de Entrevista

2.1 Cuidado integral na APS em relação às dimensões organizativas, técnicas e simbólicas

Questionamento inicial:

- Conte-me sobre sua experiência como usuário da Unidade de saúde com relação ao que entende sobre cuidado, quem o faz, onde e como acontece.

Pontos a serem abordados:

- O entendimento do usuário sobre cuidado (o que é);
- Como percebe a organização e as condições do atendimento (onde e como o cuidado integral acontece);
- Quem organiza o cuidado na unidade e como o usuário observa (com quem o cuidado integral acontece);
- A unidade de saúde da família se comunica com outras unidades de saúde no atendimento de suas necessidades. E as outras unidades se comunicam com a unidade de saúde da família.
- Como o usuário percebe o cuidado realizado pela equipe de saúde. Solicitar exemplos de como ele é atendido;
- As manifestações discursivas das crenças, valores, ética, atitude, postura, visão de mundo, cultura, ideologia (ideais);
- Como compreende saúde e doença e o seu papel como um sujeito/cidadão que necessita ou não de cuidados.

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PARTICIPANTES

Você está sendo convidada (o) a participar da pesquisa CUIDADO INTEGRAL NAS DIMENSÕES ORGANIZATIVAS, TÉCNICAS E SIMBÓLICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: narrativas da equipe de saúde/ enfermagem e usuários, desenvolvida pela mestranda Camila Tahis dos Santos Silva, sob orientação da docente e pesquisadora responsável Marluce Maria Araújo Assis do Departamento de Saúde na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Esta pesquisa tem o objetivo de Compreender como os sujeitos sociais (EqSF/enfermagem e usuários) concebem o cuidado integral na APS em relação às dimensões organizativa, técnica e simbólica em um cenário da Bahia, Brasil, e ainda, se justifica através de seus objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é contribuir na melhoria da consolidação das práticas realizadas na Atenção Primária, além de benefícios diretos e indiretos aos participantes por proporcionar reflexões críticas sobre as concepções e práticas do cuidado integral na APS de Senhor do Bonfim - BA e contribuir na redefinição de rumos para a melhoria do atendimento na rede SUS. Para participar da pesquisa, será necessária a realização de entrevista, a ser realizada em uma sala reservada determinada para tal, a fim de preservar o seu anonimato e respeitar sua integridade física, psíquica, intelectual, social, moral, cultural e espiritual. Caso autorize, a entrevista será gravada e você poderá ouvir o que foi gravado e permitir ou não o uso das informações fornecidas. As fitas gravadas serão arquivadas com segurança no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) localizado no sexto módulo da UEFS e destruídas pela pesquisadora responsável após cinco anos. Os dados coletados serão utilizados na construção de uma dissertação de mestrado e, estes serão analisados pelos pesquisadores, e seus resultados serão utilizados para fins científicos, submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e publicados em revistas científicas e eventos científicos. Você será assistido e/ou indenizado, adequadamente, em caso de dano imediato ou tardio decorrente desta pesquisa. Assumimos toda responsabilidade por qualquer dano ou constrangimento que o (a) Sr (a) venha a passar por estar participando desta pesquisa e se houver dano comprovadamente causado pela pesquisa tem a garantia de indenização. Assim, caso você sinta qualquer desconforto durante a coleta de dados ou qualquer informação cedida lhe traga algum constrangimento ou prejuízo, você poderá desistir de participar da pesquisa quando quiser. No momento em que houver necessidade de esclarecimento de dúvidas ou desistência em participar da pesquisa, as pesquisadoras podem ser encontradas no NUPISC, que fica localizado na UEFS, Av. Transnordestina, s/n, Bairro Novo Horizonte Campus Universitário, Feira de Santana- BA, CEP 44.036-900, e pelo telefone (75) 3161-8162. Para esclarecimentos éticos da pesquisa, tel.: (75) 3161-8067/ cep@uefs.br. Após conclusão e defesa desta pesquisa você terá a devolutiva das conclusões da pesquisa por meio de rodas de conversa com as pesquisadoras ou por email. Sendo assim, se você concordar, voluntariamente, em participar da referida pesquisa assine este termo de consentimento em duas vias, que também vai assinado pela docente e mestranda que se comprometem com os aspectos éticos dessa pesquisa referidos neste termo, e uma cópia ficará com você.

Senhor do Bonfim, ____ de _____ de _____

Assinatura da docente pesquisador (a): _____

Assinatura da mestranda: _____

Assinatura do (a) participante: _____

APÊNDICE E- QUADRO 3- NARRATIVAS DO PROCESSO DE CUIDAR NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO BAIANO SEGUNDO AS DIMENSÕES TEÓRICAS DE ANÁLISE, BRASIL, 2017.

Dimensões de Análise	Componentes	Narrativas dos Profissionais EqSF	Narrativas dos Profissionais de Enfermagem	Narrativas dos Usuários	Unidades de Análise
Dimensão Técnica	Integralidade da atenção	“[...] de acordo com as necessidades esses pacientes são encaminhados para um atendimento maior.” (P10)	“como gente trabalha em redes, eu acho que existe esse cuidado integral. Porque quando eu tenho um paciente em que eu encaminho pra um clínico que necessita de uma especialidade, então, eu acho que a gente tá tendo um cuidado integral com esse paciente. Acontece.” (P08)	“Eu sou bem cuidada, bem verdade, graças a deus. Pelo ponto que já me chegou a precisar, eu sou atendida.” (U06)	4.2.1 Estabelecimento de vínculo como dispositivo orientador no processo de cuidar: o olhar do profissional de saúde 4.2.2 O protagonismo da Enfermeira na APS: cuidadora, coordenadora e gerente da USF
	Acolhimento	“Acredito que o cuidado não está presente nas práticas dos profissionais de toda a equipe, se limitando ao enfermeiro, médicos e agentes comunitários.” (P01) “A pessoa tá precisando da consulta, vem aqui, às vezes, é mal recebido. Já aconteceu até de dizer que não tem vaga, e outras pessoas conseguem [...]. A gente vai pra um lugar, a gente vai querer ser bem acolhido e não é.” (P03) “O principal do cuidado é o acolhimento. [...] Tem que receber bem, acolher bem a comunidade senão, não adianta você não acolher as pessoas. [...] Nem todo mundo tem o acolhimento.” (P04)	“[...] cuidado desde a recepção, do vigia, das enfermeiras, das médicas, de todos os atendimentos.” (P14) “Então, aqui por ter muitas especialidades, o paciente chega é atendido e vai embora, não tem aquele acolhimento que deveria ter da unidade de saúde. E as pessoas também, a maioria não é capacitada pra fazer um acolhimento adequado dos pacientes.” (P07) “[...] eles vêm atrás de um acolhimento, na verdade.” (P18)	“É, as vezes que eu venho, sou muito bem atendida. Eu nunca tive assim, constrangimento, assim, com meus, nem com médico, com ninguém. Sinto cuidada, elas são muito carinhosas. As meninas ali na frente, na recepção, as enfermeiras [...]” (U04)	

	Vínculo	<p>“Cuidado é uma atenção melhor dada ao paciente, é um cuidado que se dá não só pelas consultas, medicamentos, mas de estar visitando, passando sempre pra falar, mantendo o vínculo e o contato quase diário.” (P01)</p> <p>“A comunidade ama esse cuidado. Ama essa atenção porque faz com que a comunidade sintam-se importante.” (P01)</p> <p>“Identificar certos problemas, certas doenças, até mesmo o desabafo de alguém [...]” (P02)</p> <p>“Tanto eles tem o cuidado como a gente retribui com aquele cuidado.” (P03);</p> <p>“[...] através deste trabalho, deste vínculo que nós temos com a comunidade, que a gente através disso, a gente conhece as pessoas, os problemas e cada dia que vai passando a gente vai criando mais aquele vínculo e através disso a gente vai ganhando a confiança das pessoas. [...] A gente é a ponte.” (P02)</p> <p>“Todo dia do mês você tirar um dia pra ir numa casa pesar uma criança e chegar lá os pais querem tirar uma foto. Então você vai fazer parte daquela família.” (P04).</p>	<p>“[...] eles se doam tanto pra gente, e eles recebem tão bem a gente. Que a gente fica tentando, querendo sempre retribuir o cuidado que eles tem com a gente, a gente quer retribuir o tempo todo isso.” (P13)</p>	<p>“Dela ter saído da casa dela, pra ir na minha me avisar, achei um cuidado.” (U04)</p> <p>“Venho pra doutora sempre, meu prontuário é com ela. [...] As agentes comunitárias também [...] daqui de perto, sempre elas informam bem, o dia que tem médico, o dia que tão fazendo exame, o dia que tão marcando, sempre, e tem dois agentes comunitários, lá vizinha, que sempre elas informa bem.” (U06)</p>
	Competência/Habilidade – Autonomia	-	-	-

	Continuidade do cuidado	<p>“Sempre eu passo pra ver o que aconteceu, falo mesmo, questiono [...] quando ele for fazer a consulta no outro dia eu vou lá, saber qual foi o procedimento.” (P03)</p> <p>“O cuidado, ele envolve equipes multiprofissionais para que ele seja de forma integral. E como eu já tinha falado, ele é um processo continuado.” (P06)</p>		<p>“É muito bom aqui. Sempre que venho sou atendida. [...] pego os meus remédios tudo controlado, vem certo. Eu acho ótimo. Me sinto cuidada. Em casa, os agentes de saúde, sempre em casa pra ver o cartão em dias.”(U03)</p> <p>“Mas depois que começou funcionar aqui aí sempre eu tenho frequentado.” (U06)</p>
	Compromisso	<p>“a nossa equipe, porque hoje nós temos uma médica que dá o suporte. Tem o enfermeiro que atende às nossas necessidades, se o pessoal vir ele atende.” (P04)</p> <p>“[...] a enfermeira que coordena o atendimento, os profissionais, a unidade em si.” (P12)</p>	<p>“Eu acho que o cuidado da enfermagem é um cuidado meio que, diferenciado [...] a gente tem mais aquela visão.” (P08)</p> <p>“[...] a maioria dos problemas que aparecem na unidade são encaminhados pelo enfermeiro, aí o enfermeiro vai direcionar [...]” (P13)</p> <p>“Quem coordena, na verdade, são as duas enfermeiras, [...]” (P14)</p> <p>“Quem coordena são as enfermeiras” (P16)</p> <p>“[...] a maioria das atividades quem acaba tomando partido, no caso, posso falar que é eu, se é uma programação de uma atividade educativa, se é a [pausa] realização do, do cronograma, da unidade, se é pra fazer, pra ajudar no programa de saúde nas escolas, enfim, todas as atividades quem acaba tomando iniciativa é o enfermeiro.” (P18)</p>	

	<p>Projeto Terapêutico Compartilhado – equipe e usuário</p>	<p>“[...] Os pacientes tem aquela confiança na gente. A gente chega na casa deles e eles dizem: “Ah, vem aqui. Por que, como é que toma esse remédio?” (P02)</p> <p>“Cada profissional tem um papel a desenvolver, apesar do cuidado ser integrado, as funções elas não se repetem, elas se somam. Cada um tem um papel, uma formação e uma atuação no prover cuidado e nenhum profissional isolado consegue promover esse cuidado de forma integral. [...] É preciso que toda a nossa rede, toda a nossa equipe esteja integrada pra que esse cuidado seja feito de forma, na sua totalidade.” (P06)</p> <p>“Esse cuidado é compartilhado com os demais profissionais, enfermeiro, médico[...]” (P10)</p>	<p>“Se for um problema que a gente tem que resolver aqui na unidade, existe sim. Eu busco sempre ajuda do dentista, do médico. Às vezes, eu preciso, porque o psicólogo não faz parte da nossa equipe, mas se ele tá aqui atendendo, às vezes, eu vou peço um socorro. Um nutricionista, então sempre existe.” (P13)</p> <p>“Então, eu acho que o cuidado não é só a prestação de assistência que a gente dá dentro de uma sala, ela começa desde a recepção até todos os outros atendimentos [...] Tendo esse conjunto todo, a gente consegue fazer o cuidado integral. Não só na prática do profissional de saúde, mas em toda a equipe.” (P14)</p>		
	<p>Qualidade da atenção</p>	<p>“Mas a partir das experiências de colegas com mais tempo na função, compartilhando e ouvindo experiências, melhorou a qualidade da atenção para o cuidado integral que se dá a partir destas experiências.” (P01)</p>	<p>“Mas assim, quando a gente faz o que a gente gosta, se propõe a cuidar, das pessoas, apesar de ser um cuidado primário, mas é satisfatório. Não é fácil, porque quando a gente trabalha na rede pública a gente tem algumas dificuldades. Dificuldades de estrutura, de insumos.” (P14)</p>	<p>“Sou bem, não é porque tá gravando não, mas eu sou bem, tenho que falar a verdade, eu sou bem atendida, graças a Deus.” (U04)</p> <p>“Tá, tá bem! Sempre serve a todos que vem. É, enquanto os funcionários são bem atenciosos, eles atende a gente muito bem. Nunca se vê ninguém recusar de atender alguém, entendeu? Eu acho que tá bem, tá bem! Pelo meu conhecimento tá bem.” (U06)</p>	
<p>Dimensão Simbólica</p>	<p>Compreensão do Processo Saúde-Doença, Cultura, Crenças e Valores</p>	<p>“É um processo amplo, muito amplo que depende de várias coisas [...] da atuação do médico, do profissional, da compreensão do paciente sobre seu próprio estado de saúde muitas vezes o paciente, ele delega a terceiros.” (P09)</p>	<p>“Então, todos estão envolvidos nesse processo de saúde e doença, cada um tem que dar a sua contribuição para que isso aconteça, pra que a saúde seja promovida pra população” (P13).</p>	<p>“Assim, porque ficar doente não é fácil pra ninguém.” (U01)</p> <p>“Claro que tenho essa responsabilidade [...] qualquer coisa que eu sinto, eu procuro logo. Aqui pra vim marcar uma consulta.</p>	<p>4.3.1 Cuidado como respostas positivas às demandas: o olhar dos usuários 4.3.2 Saúde-doença como construção</p>

	<p>“E é um processo amplo, um sujeito adoecido psiquicamente, ele não adoeceu hoje, é um processo de vida não cuidado que ele acaba adoecendo, então eu acredito que a gente tem sempre que tá pensando na saúde e não na doença.” (P17)</p> <p>“Ele sempre quer culpabilizar alguém do seu estado de saúde e não admita sua própria responsabilidade sobre seu autocuidado. [...] quando os problemas de saúde acontecem, uma gravidez indesejada, a mulher sempre vai referenciar que a culpa é do marido, a culpa é da enfermeira que não quis dar o remédio, a culpa é da médica que não quis encaminhar pra fazer a laqueadura, mas nunca era dela” (P09)</p> <p>“- Eu não tomei meu anticoncepcional esse mês porque não tinha. - Aí, eu disse assim: - E por que tu não me procurou, pra dar uma receita, ou pra eu ver se um outro colega de uma outra unidade tem, pra me emprestar? - Entendeu? Então, assim como se tivesse responsabilizando a unidade por ele não ter tomado o anticoncepcional. E aí engravida, e diz que foi culpa da unidade.” (P13)</p> <p>“[...] cuidado assim, com os pacientes hipertensos, idosos, gestantes, diabéticos [...] Eles têm aquela confiança de chegar, é, mostrar remédio por remédio, receita.” (P03)</p> <p>“[...] a gente precisa se munir de todas as informações que tem sobre o paciente, e fazer o próprio paciente se</p>	<p>“[...] O bem-estar da pessoa não é só o físico, é o mental, porque muitas vezes a gente recebe um paciente aqui achando que é alguma coisa física e nem ele, às vezes sabe pra que vem[...]” (P14)</p> <p>“Bem, eu acho que saúde, pra que você tenha saúde é meio complexo, não é só a ausência da doença [...] Porque você tem que ter como um todo, é o social, o psicológico, porque você encarar a doença, a doença, às vezes, não é só a doença física, existe a doença social.[...] “Porque um problema social é uma doença. Porque uma pessoa que tem falta de moradia, falta de saneamento, e emprego [...] a saúde mesmo, em si, o atendimento, isso é a falta de saúde.” (P15)</p> <p>“sem saúde não temos condições de fazer outras atividades da nossa vida. E não é só o adoecimento físico, também o mental. Se não estamos bem, nada vai bem.” (P16)</p> <p>“[...] agora a gente tá sem médico que é o carro-chefe, claro, da unidade.” (P15)</p> <p>“[...] buscando uma orientação, sobre consultas, sobre tal medicamento, e eu sempre cuido, sempre oriento.” (P16)</p> <p>“[...] dar uma atenção especial aos pacientes que estão necessitando de ajuda, necessitando de até um conselho [...]” (P07)</p> <p>“São dois caminhos: o cuidado de</p>	<p>Procuro o agente comunitário pra saber se tem médico: “Ah, quem tá consultando lá?” (U06)</p> <p>“A agente de saúde cuida também.” (U04)</p> <p>“Os clínicos gerais, as enfermeiras, os atendentes, dentista que eu também frequento, participo também, que eu vou pro dentista.” (U05)</p> <p>“É difícil eu vir aqui, só quando precisa mesmo. Quando vou no hospital só quando preciso. Quando eu venho, pego remédio quando não tem eu pego lá na rua.” (U02)</p> <p>“Eu cheguei lá, tava precisando, não sei assim, foi uma situação, não tinha mais vaga, mas a atendente foi lá, falou com o profissional e ele cedeu, me dando a vaga.” (U05)</p> <p>“O cuidado é, praticamente, o que eu tenho [...] precisado só em ponto de exame, preventivo, e [...] consulta.[...]Nunca vim pra voltar sem. Sem ser consultado, sem ser examinado, sem fazer meu preventivo.” (U06).</p> <p>“Me sinto cuidada, um pouco [...]. Porque meus exames [...] eu não faço como o médico pede. Porque não tem como marcar [...] não tem vaga. Mas fora isso, me sinto um pouco cuidada.” (U05).</p>	<p>complexa: culpabilização e corresponsabilização dos sujeitos envolvidos (profissionais de saúde e usuários)</p>
--	---	--	--	--

		<p>sentir inteiro durante o atendimento porque, muitas vezes, eu recebo paciente que quando eu questiono: - Como é seu nome? - ele fala: - Ah, eu tomo Rivotril.” (P17)</p> <p>“Envolve todos os aspectos que estão relacionados ao paciente. Os aspectos sociais, espirituais, sociais, mentais, relacionados à relação dos pacientes com sua rede familiar [...] É um cuidado holístico. Uma visão holística e multidimensional do usuário.” (P09)</p>	<p>cuidar e o cuidado de evitar que alguma patologia aconteça, algum acidente aconteça pra que aquela pessoa não adoça. Pra que aquela pessoa não tenha uma piora de um quadro clínico”(P08)</p> <p>“E a gente não faz o cuidado só pra ele, é pra ele e pra família toda.” (P07)</p> <p>“Cuidado é você ter aquela preocupação para ajudar o paciente. Lembrando que não é só com ele, mas com a família dele também [...]” (P16)</p>		
--	--	--	--	--	--

Dimensão Organizativa	Porta de Entrada	<p>“[...] profissional ACS residir na área de abrangência daquele usuário, onde ele transita e habita.” (P01).</p> <p>“Então, a gente não só trabalha no horário não. A gente trabalha é sábado, é domingo, é feriado. Toda hora, toda hora. A gente não tem horário.” (P02)</p>	<p>“O cuidado se passa aqui na unidade e também nas casas, no bairro. Porque, assim, como eu moro dentro da comunidade, sempre vai alguém me procurar, à noite, final de semana.” (P16)</p> <p>“Então é um cuidado constante acontece em todos os lugares.” (P16)</p>	<p>“Só assim, na hora de marcar que demora um pouco. A marcação que demora, às vezes a gente vem e não tem vaga. [...] Só a questão mesmo disso, de na hora de marcar, ô meu Deus! É difícil demais...” (U01)</p> <p>“Meu marido trabalha na saúde, então é tudo facilitado. Tem que marcar na casa de marcação, aí marca a consulta, eu vou para lá. E é assim que acontece. Tem que ter paciência, pra aguardar a sua vez.” (U05)</p> <p>“Eu cheguei lá, tava precisando, não sei assim, foi uma situação, não tinha mais vaga, mas a atendente foi lá, falou com o profissional e ele cedeu, me dando a vaga.” (U05)</p> <p>“A última coisa que eu fiz aqui, e não deu certo. Não deu certo, assim, foi um preventivo que eu fiz e não veio o resultado.” (U03)</p> <p>“Me sinto cuidada, um pouco. Porque meus exames... Eu não faço como o médico pede. Porque não tem como marcar, falta, não tem vaga. Mas fora isso, me sinto um pouco cuidada.” (U05)</p>	4.1.1 APS e conformação do cuidado: potencialidades e fragilidades
-----------------------	------------------	--	---	--	--

	Fluxo de Atendimento	<p>“Chega aqui: - Ah, pessoal, só vai marcar 11 horas.- Aí, o paciente chegou 8h, vai voltar pra vir 11 horas?” (P04)</p> <p>“Acredito que o cuidado não está presente nas práticas dos profissionais de toda a equipe, se limitando ao enfermeiro, médicos e agentes comunitários. Então o cuidado é iniciado na minha prática, nas práticas dos agentes, mas é quebrado na rede.” (P01)</p> <p>“Pois, se você não tem uma sala bem equipada, se falta maca pra atendimento de uma urgência pra aquele paciente que demanda um cuidado maior e não tem uma maca, não tem um ar-condicionado na sala pra você fazer uma consulta de forma que o ambiente esteja mais receptivo e agradável àquele usuário.” (P09)</p> <p>“Um exemplo é mesmo em condições desfavoráveis, sem ar-condicionado, estamos aqui atendendo os pacientes que precisam desse cuidado.” (P12)</p>	<p>“E esses dias, atualmente, a cadeira também tá com problema e o dentista não tá atendendo.” (P15)</p> <p>“O primeiro passo aqui é da recepção à coordenação. Recepção, triagem, enfermeira, ambulatorial, e a coordenação que é da competência do coordenador (P15).</p>	<p>“Quando eu venho, pego remédio quando não tem eu pego lá na rua.” (U02)</p> <p>“Procuro as agente comunitário pra saber se tem médico: "Ah, quem tá consultando lá?" Porque também, falta bastante.” (U06)</p>	4.1.2 Fluxos e Contrafluxos: a descontinuidade do cuidado
	Barreiras Geográficas	<p>“Entre em contato com a enfermeira, que mesmo sem o carro pra levar na localidade distante em que a senhora morava, a enfermeira se disponibilizou a ir fazer esse curativo, a pé mesmo.” (P10)</p>	<p>“Agora com relação ao atendimento fora da unidade, a gente tá com uma certa deficiência por conta, a gente já tá no mês de meio e a gente não conseguiu colocar ainda em prática, as visitas semanais, por falta de carro.” (P13)</p>	<p>“E tanto mais, acho bom o posto porque é pertinho de casa.” (U03)</p> <p>“Antes a gente sempre ia pra cidade, consultar lá. Mas depois que começou funcionar aqui aí sempre eu tenho frequentado.” (U06)</p>	

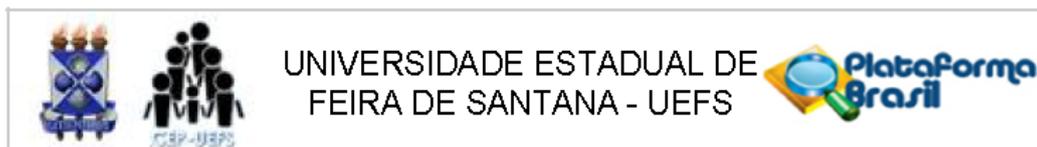
	<p>Regulação (Referência e Contrarreferência)</p>	<p>“[...] nós temos a referência a pacientes de alta gravidade que o problema não resolvido em nível de atenção básica, e sim num nível de atenção terciária.” (P06)</p> <p>“[...] se o paciente está demandando de uma maior atenção de maior complexidade, de uma especialidade que faz parte da rede, a unidade referencia [...]” (P09)</p> <p>“[...]dificilmente há retorno, não há retorno dos próprios profissionais em tá contrarreferenciando aquele paciente pra que aquele cuidado se dê de forma contínua.” (P09)</p> <p>“Sempre eu passo pra ver o que aconteceu, falo mesmo, questiono [...] quando ele for fazer a consulta no outro dia eu vou lá, saber qual foi o procedimento.” (P03)</p> <p>“Não existe a coordenação, pois para na prática dos enfermeiros e médicos.” (P01)</p>	<p>“O paciente passa pela triagem, depois pela enfermeira que se não conseguir resolver o problema, encaminha pro atendimento médico que ele precisa.” (P16)</p> <p>“[...] paciente que precisa de uma especialidade com urgência, ou a médica encaminha aí eu já tento marcar daqui mesmo com a central de marcação. Mas, quando é um paciente que dá pra gente esperar, aí a gente encaminha, por solicitação, e aí ele vai pra central de marcação, marca essa consulta, faz [...]”</p> <p>(P14); “Ele traz a solicitação dos exames, a solicitação de especialistas, ele vem aqui, a gente tem a cota, com a quantidade semanal pra isso, e toda segunda-feira o motorista leva à central de marcação, já pra que os pacientes não precisem ir até cidade marcar” (P18)</p> <p>“Se eu mandar o paciente pra referência, a contrarreferência os prontuários não são compartilhados, e a ficha de contrarreferência não mandam pra gente.” (P05)</p> <p>“No verso dela é pra ser feita a contrarreferência e essas fichas nunca voltaram. [...] encaminha pra rede e eles não dão retorno. Aí a gente não tem como fechar um caso.” (P13)</p>	<p>“Teve pouco tempo que eu tive paralisia facial no rosto. [...] Então, aí, eu passei no hospital e aí ele me encaminhou pro neurologista, demorou um pouco, mas assim, questão que ele passou os remédios tudo direitinho, então. Resolveu.” (U01)</p> <p>“Tem que marcar na casa de marcação, aí marca a consulta, eu vou para lá. E é assim que acontece” (U05)</p> <p>“Teve uma vez mesmo que eu fiz aqui um preventivo, aí quem tava atendendo aqui era a Enfermeira... aí a Arlete fez assim: “Ó, eu vou passar você pra Paula.” Que sentiu, que parece que meu útero tava fechando. Aí passou pra Paula. “Ah, você vai ter que fazer um, um exame mais profundo com ela, tal, tal...” Aí, me deu um papel eu fui, lá pro hospital, a Paula fez o exame total, é... local, e aí disse: “Não, eu não tô vendo nada demais! O que você tem é uma cicatriz do parto”. Aí, escreveu![pausa] Voltei com o mesmo papel entreguei a Arlete, a Arlete não entendeu o que ela tinha escrito. Aí, ela disse: “O que foi que ela falou?” “Ela disse, ela me falou que [pausa] era uma cicatriz do parto. E justamente, há um tempo atrás, eu fiz uma queimagem médica.” Aí, ela disse: “É, então tudo bem!”. Passou!” (U06)</p>	
--	---	--	---	---	--

	Avaliação	-	-	-	
--	-----------	---	---	---	--

FONTE: RESULTADOS DA PESQUISA.

ANEXOS

ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



Continuação do Parecer: 2.039.015

NASF, representando o olhar dos profissionais de saúde que prestam o cuidado; grupo DOIS, os usuários da APS das USF selecionadas da cidade em estudo" (Projeto completo, p. 22-23).

Apresenta cronograma com coleta de dados prevista para junho de 2017 e finalização em novembro de 2017 e orçamento estimado em R\$ 4.619,20, sem contrapartida da instituição proponente.

Objetivo da Pesquisa:

PRIMÁRIO: "Compreender como os sujeitos sociais (EqSF/enfermagem e usuários) concebem o cuidado integral na APS em relação às dimensões organizativa, técnica e simbólica em um cenário da Bahia, Brasil" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 02; Projeto completo, p. 09).

SECUNDÁRIOS: "Analisar como a EqSF/enfermagem e usuários atribuem sentidos e significados ao cuidado integral na APS. Discutir: como se organiza o cuidado integral em saúde/enfermagem na rede de atenção a partir da APS; e como o cuidado integral em saúde/enfermagem é operado na APS" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 02; Projeto completo, p. 09).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: "Os possíveis riscos estão relacionados ao desconforto devido ao aparecimento de possíveis conflitos de opiniões ou pelo sentimento por parte dos trabalhadores de saúde de estarem sendo fiscalizados ou auditados. No entanto, os sujeitos poderão a qualquer momento desistir de participarem da pesquisa" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 03).

"Os possíveis riscos estão relacionados ao desconforto devido ao aparecimento de possíveis conflitos de opiniões ou pelo sentimento por parte dos trabalhadores de saúde de estarem sendo fiscalizados ou auditados. No entanto, os sujeitos poderão a qualquer momento desistir de participarem da pesquisa" (Projeto completo, p. 29).

"Assim, caso você sinta qualquer desconforto durante a coleta de dados ou qualquer informação cedida lhe traga algum constrangimento ou prejuízo, você poderá desistir de participar da pesquisa quando quiser" (TCLE).

BENEFÍCIOS: "Proporcionar reflexões críticas sobre a as concepções e práticas do cuidado integral

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



Continuação do Parecer: 2.039.015

(CNS).

Considerações Finais a critério do CEP:

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

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_848516.pdf	17/04/2017 12:37:22		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_NOVO.pdf	17/04/2017 12:36:47	Camila Taxis dos Santos Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_NOVO.pdf	17/04/2017 12:36:04	Camila Taxis dos Santos Silva	Aceito
Outros	oficio_CEP.pdf	16/04/2017 20:04:00	Camila Taxis dos Santos Silva	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_NOVO.pdf	16/04/2017 19:57:28	Camila Taxis dos Santos Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_NOVO.pdf	16/04/2017 19:56:01	Camila Taxis dos Santos Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_marluce.pdf	09/03/2017 22:30:48	Camila Taxis dos Santos Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_angela.pdf	09/03/2017 22:30:22	Camila Taxis dos Santos Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_camila.pdf	09/03/2017 22:30:04	Camila Taxis dos Santos Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	09/03/2017 22:24:57	Camila Taxis dos Santos Silva	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	29/12/2016 11:07:03	Camila Taxis dos Santos Silva	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	29/12/2016 11:04:22	Camila Taxis dos Santos Silva	Aceito

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17

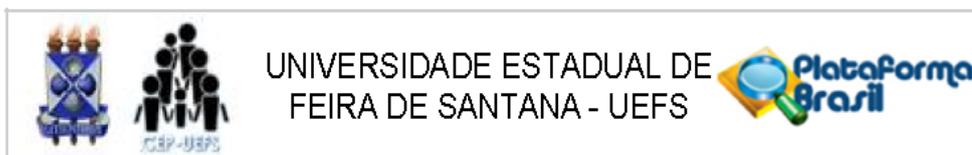
CEP: 44.031-460

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3161-8067

E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 2.039.015

Declaração de Instituição e Infraestrutura	192743.PDF	29/12/2016 10:56:29	Camila Tahis dos Santos Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	29/12/2016 10:54:44	Camila Tahis dos Santos Silva	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	29/12/2016 10:40:46	Camila Tahis dos Santos Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FEIRA DE SANTANA, 29 de Abril de 2017

Assinado por:
Pollyana Pereira Portela
(Coordenador)

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