

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Regina Ferreira Pinto Bezerra da Silva

**Relação entre oferta e demanda no trabalho cotidiano de equipes de Saúde da Família
sob a ótica do cuidado em saúde**

Rio de Janeiro

2018

Regina Ferreira Pinto Bezerra da Silva

**Relação entre oferta e demanda no trabalho cotidiano de equipes de Saúde da Família
sob a ótica do cuidado em saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde com ênfase em Estratégia de Saúde da Família, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientador(a): Prof. Dr Carlos Eduardo Aguilera Campos

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

S586r Silva, Regina Ferreira Pinto Bezerra da.
Relação entre oferta e demanda no trabalho cotidiano das
equipes de saúde da família sob a ótica do cuidado em saúde /
Regina Ferreira Pinto Bezerra da Silva. -- 2018.
113 f.

Orientador: Carlos Eduardo Aguilera Campos.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro,
2018.

1. Saúde da Família. 2. Avaliação de Processos (Cuidados
de Saúde). 3. Trabalho. 4. Assistência à Saúde. 5. Acesso aos
Serviços de Saúde. 6. Acolhimento. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.12

Regina Ferreira Pinto Bezerra da Silva

Relação entre oferta e demanda em saúde no trabalho cotidiano de equipes de Saúde da Família sob a ótica do cuidado em saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde com ênfase em Estratégia de Saúde da Família, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título Mestre em Saúde Pública.

Aprovada em: 25 de novembro de 2013

Banca Examinadora

Prof Dr, Carlos Eduardo Aguilera Campos (Orientador)
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina.

Profª Drª Elyne Montenegro Engstrom
Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof Dr Cesar Augusto Orazem Favoreto
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas

Rio de Janeiro

2018

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por todas as oportunidades que me foram dadas na vida, das prazerosas às de sofrimento, ambos momentos de aprendizado. Agradeço a meu amado filho Miguel, que com seu amor e compreensão inerentes a uma criança (especial) de quatro anos me ensina muitas coisas todos os dias de minha vida, inclusive na feitura deste trabalho. Agradeço a minha família, que sempre me apoiou em todas as horas, em especial meus pais Rivaldo e Vania, minha querida avó Ivone, meus queridos irmãos Daniel e Thiago, e cunhadas, aos tios e primos. Agradeço ao pai do meu filho e família pelo grande apoio. Agradeço ao meu grande Orientador Carlos Eduardo Aguilera Campos, ou simplesmente Cadu, por toda escuta, paciência, disponibilidade, diálogos, trocas nesse período de muito aprendizado, que em grande parte foi proporcionado através dele. Agradeço aos meus professores do Mestrado Profissional em Atenção Primária, que com dedicação proporcionaram grandes momentos para a nossa turma e uma imensidão de reflexões acerca da nossa prática, em especial Elyne Engstrom, Valeria Romano e Carlos Otavio Fiuza. Agradeço aos meus colegas de mestrado, que tanto me ensinaram e me deixaram mais leve durante essa caminhada, principalmente aos amigos do ‘G8’. Agradeço aos meus professores da faculdade e residência em Medicina de Família e Comunidade, os quais fizeram parte da construção da profissional que me tornei, (trans) formando a reflexão-ação de uma simples médica em Médica de Família e Comunidade. Em especial agradeço ao grande mestre Cesar Augusto Orazem Favoreto por todos os anos de presentes dados em forma de aprendizado sobre a saúde, escuta e o cuidado (e da Paciência Revolucionária). Agradeço aos amigos da Clínica da Família Victor Valla, da qual fiz parte enquanto médica e onde foram proporcionados momentos inesquecíveis, grande crescimento profissional e pessoal. Agradeço em especial a Equipe Nelson Mandela. Agradeço aos amigos da vida, que estão sempre ao meu lado, mesmo quando estou longe (escrevendo a dissertação) – Valeska Holst Antunes, minha linda amiga Keka, Giselle Marques, Bruno Stelet (amigo de vida inteira), Jorge Esteves, Maria Alicia Castells. Agradeço ao ‘ALUNOS NA PRAÇA’, grupo de amigos da vida – e de outras vidas – que me proporcionaram todo o aprendizado e o espaço criativo possível para a construção dos sonhos mais genuínos de dentro da alma de uma menina recém-chegada na faculdade – Rodrigo Fernandes Gonçalves, Roberta Anjos de Souza, Ana Paula Belmont, Angélica Toscano, Vanessa Xisto, Ana Claudia, Renata Pascoal, Viviane Pereira. Agradeço às pessoas queridas do CMS Heitor Beltrão, aos residentes de MFC e à minha amiga Marcelle por toda força e paciência que tiveram para comigo. Agradeço aos usuários que já tive a oportunidade de cuidar, e através de uma intensa troca, me proporcionaram sempre

também ser cuidada.

DAS UTOPIAS

“Se as coisas são inatingíveis... ora! Não é motivo para não querê-las... Que tristes os caminhos, se não fora A presença distante das estrelas! ”

Mario Quintana

TECENDO A MANHÃ

“Um galo sozinho não tece a manhã: ele precisará sempre de outros galos. De um que apanhe esse grito que ele e o lance a outro: de outro galo que apanhe o grito que um galo antes e o lance a outro; e de outros galos que com muitos outros galos se cruzam os fios de sol de seus gritos de galo para que a manhã, desde uma tela tênue, se vá tecendo, entre todos os galos. E se encorpando em tela, entre todos, se erguendo tenda, onde entrem todos, se entretendendo para todos, no toldo (a manhã) que plana livre de armação. A manhã, toldo de um tecido tão aéreo que, tecido, se eleva por si: luz balão”

João Cabral de Melo Neto

AS INDAGAÇÕES

“A resposta certa, não importa nada: o essencial é que as perguntas estejam certas. ”

Mario Quintana

“Porque quem me ensinou a cuidar do Seu Fernando foi o Seu Fernando”

Entrevistado número 2

RESUMO

Este trabalho surge da inquietação e questionamento sobre as práticas e ações em saúde na ESF, em um movimento que busca sua qualificação. Nota-se uma contínua tensão, ou ruído, entre o que é ofertado (ou o que se deseja ofertar) e o que é demandado pelos usuários. Este estranhamento gera níveis significativos de insatisfação tanto por parte dos usuários, como por parte dos próprios trabalhadores. Desta forma, questiona-se de que forma a oferta de práticas assistenciais se relaciona com a demanda da população atendida. O encontro trabalhador-usuário na ESF tem produzido cuidado integral ou reproduz modelo de cuidado produtor/consumidor de procedimentos de forma atomizada? E ainda, quais seriam os facilitadores e os nós críticos da organização das ações em saúde na ESF com vistas à produção do cuidado integral? Neste sentido, este estudo teve por objetivo analisar a oferta de práticas e ações em saúde na prática cotidiana de equipes da ESF no contexto do Rio de Janeiro e ainda, de que forma está relacionada com o cuidado em saúde da população. Foi utilizado como caminho metodológico o estudo de caso, em abordagem qualitativa. Como instrumentos foram utilizados entrevistas com trabalhadores em saúde e observação. Encontramos como principal motivo da contínua tensão entre oferta e demanda na ESF a centralidade da consulta médica como oferta, principalmente pela predominante influência dos modelos de Pronto Atendimento e de Programação em Saúde na organização das ações na ESF. Porém mesmo que aprisionados pela lógica organizacional médico-centrada produtora de procedimentos, os trabalhadores da unidade de saúde estudada mobilizam linhas de fuga em direção ao cuidado integral, que se dão em geral no plano da Clínica, no encontro trabalhador-usuário. Neste terreno híbrido da relação entre oferta e demanda na ESF é que existe a aposta da qualificação do cuidado, centrado nas tecnologias relacionais, estabelecidos no encontro trabalhador-trabalhador e trabalhador-usuário.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família; Necessidades e demandas de serviço de saúde; Condições de Trabalho; Assistência Integral a Saúde; Acesso aos serviços de saúde.

SUMMARY

This study arises from questioning the practices and actions of the family health teams, in a manner which seeks qualification. It is a common fact that there are tensions and conflicts as a result of a discrepancy between what is offered (or hopefully offered) to patients and what is demanded or expected by them. This discrepancy causes dissatisfaction for both the patient and the healthcare provider. Thus, we question how the provision of healthcare practices relates to the needs of the population served. Has the provider-patient meeting produced comprehensive care, or has it only continued to produce a model of disintegrated procedures? And yet what would be the facilitators, and the critical points in the organization, with a view to producing truly comprehensive care? Therefore, this study's objective was to analyze the health practices and actions used routinely in the family health teams, within the context of Rio de Janeiro, and also how it related to the healthcare of the population. This was a case study with a qualitative and methodological approach. Observation and interviews with healthcare workers were used as instruments. We found as a principle cause of continual tensions surrounding services and demand in the family health teams, the importance of the medical consultation, especially because of the predominant influence of emergency care and public health programs delivery services. But, even while imprisoned by organizational, doctor-centered, producer-of- processes logic, health unit workers that were studied mobilized lines of escape in the direction of integrated care, which are generally given in the clinic's plan, in the meeting between healthcare providers and patients. In this hybrid terrain of relationship between healthcare services and demand (need/expectations) in the family health teams, there exists the question of the qualification of care, centered in the related technologies, and established in worker-to-worker and worker-to-patient cooperation.

Keywords: Family Health Strategy; Health Services Needs and Demand; Working Conditions; Comprehensive Health Care; Health Services Accessibility.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Dos Modelos às práticas e a volta (Ayes, 2009)	43
Quadro 2 -	Dados do Cadastramento da CFVV	55
Quadro 3 -	Produção Ambulatorial por procedimento da CFVV em 2012.....	56
Quadro 4 -	Fluxo de Acolhimento CFVV	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CFVV	Clínica da Família Victor Valla
CMI	Complexo Médico Industrial
ESF	Estratégia de Saúde da Família
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAM	Pronto Atendimento Médico
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1	Sobre necessidade, demanda e oferta	20
2.2	Sobre o cuidado	26
2.3	Processo de trabalho e práticas de saúde: conformando o cuidado	31
2.3.1	Modelos Tecnoassistenciais e a Reestruturação Técnica do trabalho	42
3	OBJETIVOS	47
4	METODOLOGIA	48
5	RESULTADOS	53
5.1	Conhecendo o local de estudo	53
5.1.1	História de Manguinhos.....	53
5.1.2	A Saúde da Família em Manguinhos e a Clínica da Família Victor Valla.....	54
5.2	Lógica organizacional do cuidado a saúde da família na CFVV	57
5.2.1	Organização da oferta e fluxos de cuidados dentro das equipes.....	57
5.2.2	Organização da demanda pela oferta ou organização da oferta pela demanda?.....	68
5.3	A produção do cuidado na Clínica da Família Victor Valla	75
5.3.1	Acesso.....	76
5.3.2	Acolhimento como dispositivo de escuta.....	79
5.3.3	Vínculo e responsabilização.....	82
5.3.4	A integralidade do cuidado: o olhar e o fazer dos trabalhadores na clínica ampliada.....	84
5.4	O trabalho em equipe na Clínica da Família Victor Valla	88
5.5	Capturas do Trabalho Vivo em ato	91
6	DISCUSSÃO	95
7	CONCLUSÃO	108
	REFERÊNCIAS	110
	ANEXOS	120

1. INTRODUÇÃO

O Sistema de saúde no Brasil passou por diversas fases, nas quais predominaram diversos modelos de atenção.

Desde a Conferência de Alma-Ata em 1978, a Atenção Primária em Saúde (APS) tem sido considerada imprescindível para a organização do sistema de saúde e melhoria da qualidade de vida da população. Mesmo havendo no Brasil um consenso sobre sua importância, com uma normatização e regulamentação do seu funcionamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), existe uma grande diversidade nas formas de operacionalização e organização da APS, inclusive dentro do país, onde vigoram diversos modelos distintos (Cunha, 2009). As novas portarias relacionadas à Atenção Básica têm reconhecido esta diversidade ao incluir um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil (MS, 2012).

No Brasil, a partir da década de 70, com a crise do setor saúde surge a necessidade de se repensar sobre o modelo assistencial que predominava no país até então marcado pela exclusão e pela reprodução das desigualdades sociais (MS, 2002), com um padrão institucional dual: as ações de Saúde Pública, com caráter sanitário e preventivo eram de responsabilidade do Ministério da Saúde, e as ações assistenciais individuais, de natureza curativa, a cargo do Ministério da Previdência e Assistência Social (MS, 2002).

Esta configuração gerou sucessivas crises do setor, que se dava tanto no âmbito financeiro, quanto burocrático-administrativo e de cobertura, proporcionando a formulação de algumas propostas que visavam à transformação das práticas das ações de saúde, objetivando a ampliação da cobertura para a população excluída pela assistência previdenciária (Costa et al, 2009).

A exclusão da assistência em saúde à grande parte da população só aumentava à medida que o país se tornava cada vez mais urbano e metropolitano. Esta situação deu margem ao surgimento de muitos movimentos sociais na década de 70, com foco no direito à saúde.

Com o processo de redemocratização do país, houve a ampliação da organização popular e ampliação das demandas sobre o sistema, desencadeando um forte movimento social pelo reconhecimento da saúde como direito universal e dever do Estado (MS, 2002). O Movimento da Reforma Sanitária reuniu diversos atores nesta luta política, que foi amplamente legitimado em seus princípios na VIII Conferência Nacional de Saúde.

O Movimento de Reforma Sanitária conquistou então a incorporação desses princípios no texto constitucional de 1988, bem como a responsabilidade do Estado na provisão das ações e serviços necessários à garantia do direito universal a saúde.

Para assegurar este direito, a Constituição de 1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS), sistema público descentralizado, integrado pelas três esferas de governo, que foi regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (MS, 2002).

No período de 1991 a 1994, predominou uma política neoliberal-privatizante, com restrições de gastos a todos os setores do governo, inclusive da saúde. Neste período, o governo editou as Normas Operacionais Básicas (NOB), cuja primeira em 1991, que instituiu uma lógica de pagamento por produção de serviços. Em 1993, outra NOB criou critérios e categorias diferenciadas de gestão para habilitação dos municípios, com formas de repasse de recursos diferenciados conforme tipo de gestão implantado. Neste período, pelo comando centralizado do SUS ter pertencido ao governo federal, o INAMPS torna-se obsoleto e é extinto.

O Ministério da Previdência Social não mais repassou recursos financeiros para a área da saúde a partir de 1994, aumentando a crise financeira do setor. A crise de financiamento do SUS agravou a operacionalização do sistema, principalmente no que se refere ao atendimento hospitalar.

O Programa Saúde da Família (PSF) buscou novas bases para a atenção à saúde, assentado no êxito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Movimentos que buscavam a ampliação do olhar da saúde se deram em muitos países e a formulação do PSF teve ao seu favor o desenvolvimento anterior de modelos de assistência à família no Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra, que serviram de referência para a formulação do programa brasileiro (Rosa, 2005).

Em 1996, o SUS editou uma nova NOB que representou um grande avanço no modelo de gestão, principalmente no que se refere à consolidação da descentralização. Esta NOB estabeleceu aos municípios o enquadramento em um dos dois novos modelos de gestão: Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. Uma das alterações mais importantes foi a forma de repasse dos recursos financeiros do governo federal para os municípios, que passou a ser feito com um valor fixo per capita (Piso de Atenção Básica - PAB), e não mais vinculado a produção de serviços, o que possibilitou o desenvolvimento de novos modelos de atenção a saúde da população. Além disso, foram destinados incentivos para o desenvolvimento de determinadas ações

de saúde, agregando valores ao PAB, como o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programa de Saúde da Família (PSF), Assistência Farmacêutica Básica, entre outros. A NOB 96 veio claramente com a intenção de fortalecer a APS e a implantação do PSF e do PACS.

Assim, entre 1994 e 1999, o PSF foi implantado como um programa, porém no referencial que se segue e a partir dos repasses dos PAB fixo e variável, a Saúde da Família é tida como Estratégia de reorientação do modelo assistencial à saúde no Brasil.

Inicialmente, o PSF foi criticado porque sua implementação pareceu obedecer a uma lógica de focalização. Pesquisadores atentavam para a possibilidade de que a opção governamental por esse Programa pudesse estar em acordo ao conjunto de medidas recomendadas por agências de financiamento externo defensoras do Estado mínimo e da APS seletiva. Outra afirmativa era que o PSF não representava alternativa aos modelos individual curativo e sanitário, mas sim os reproduzia, posto que o processo de trabalho continuava centrado no médico e na produção de procedimentos (Cunha, 2009).

A vinculação e a coerência do PSF com os princípios do SUS foram posteriormente afirmadas desde os documentos originais do programa, que ressaltavam sua contribuição para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica e buscando outra dinâmica de atuação nas unidades de saúde, com maiores responsabilidades e vínculos entre os serviços de saúde e a população (Goulart, 2010).

O PSF, assim, apresentou-se como uma possível “mudança de paradigma” nas práticas assistenciais, tendo como aspectos centrais, entre outros, a superação do curativo em favor do preventivo; do eixo de ação setorial para o intersetorial; da exclusão para a universalização. Seu caráter inovador e potencialmente transformador de um modelo de práticas de saúde parece também evidenciado não só nas análises dos documentos oficiais, como na visão dos muitos autores que se debruçaram sobre ele nos anos 90 (Goulart, 2010).

A implementação da Saúde da Família no país revelou relações complexas entre os aspectos normativos, de um lado explicitados no processo de formulação pelo Ministério da Saúde e, de outro, as inovações locais decorrentes de sua (re) formulação e implementação descentralizada. Neste sentido, o PSF nasceu em um contexto no qual havia uma dualidade entre a normatização do governo federal e a flexibilidade e as inovações de caráter local.

Esta era a ambivalência entre mudança e conservadorismo que a ESF carregava, a qual era fruto da historicidade das políticas e modelos de atenção à saúde no Brasil (Pires e Gotems, 2009).

Passadas duas décadas do início da implantação da Saúde da Família, e sendo este proposto como estratégia de reorientação do modelo de atenção no país, observa-se expressiva ampliação da oferta de serviços básicos por todo o território brasileiro, garantindo acesso ao SUS a um grande segmento populacional, rural e urbano, antes excluído do direito a saúde.

No contexto do município do Rio de Janeiro, nos últimos cinco anos houve um grande investimento na expansão da APS, nos moldes da Estratégia Saúde da Família, ampliando a cobertura da população para mais de 40% em 2013.

Existem, porém, questionamentos sobre a qualidade das ações e serviços ofertados na ESF do município do Rio de Janeiro, que relação guarda com a demanda da população assistida e se conseguem promover o cuidado integral.

Evidencia-se, nas análises sobre o trabalho na Estratégia de Saúde da Família, uma distancia entre as dimensões político-ideológicas do trabalho e o mundo das práticas, articulado à esfera das demandas da população que tende à busca de serviços assistenciais tradicionais para a resolução de problemas de saúde (Reis et al, 2010).

Desta forma, a implantação da ESF por si só não garantiu a modificação do modelo assistencial médico-centrado. Esta depende da mudança na forma de se produzir o cuidado, assim como dos diversos modos de agir dos profissionais entre si e com os usuários.

Ainda que a Estratégia Saúde da Família tenha buscado uma mudança no modo de enfrentamento das questões de saúde desde uma perspectiva da integralidade do cuidado, e não apenas na lógica do adoecimento e da atenção fragmentada (Reis, 2010), nas práticas do cotidiano o que se pode constatar é a divisão parcelar do cuidado, o desmembramento do “objeto” do trabalho em saúde – o sujeito em suas relações, e a pouca capacidade de desvelamento do constructo da demanda em saúde. Por isto, analisar o cotidiano do processo de trabalho em saúde na atenção primária se torna primordial para o entendimento do modelo de assistência.

Como apontam Franco &Merhy (1999), as tecnologias de trabalho têm sua relevância na configuração do modelo de assistência, porque perfilam o modo pelo qual se produz serviços de saúde, definindo por consequência, a capacidade de absorção da

demanda, a capacidade de efetivamente resolver problemas de saúde, os custos dos serviços, e o que é fundamental, a própria relação entre sujeitos deste processo.

Assim, para a viabilidade do conceito ampliado de saúde e de cuidado, os serviços de saúde deveriam encaminhar ações voltadas para o deslocamento do foco do objeto de suas práticas – do procedimento para o sujeito, desconstruindo o imaginário do usuário que traz na “caixinha da demanda” uma série de desejos e expectativas relacionadas ao consumo de condutas médicas, e construindo novos significados e formas de cuidado.

Todo processo de trabalho em saúde, para produzir o cuidado, tem que primeiro produzir atos de saúde, mas isto pode ser feito dentro de certo modo de cuidar, que não é necessariamente "cuidador" (Merhy, 1999).

O cuidado neste trabalho é entendido como “atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (Boff, 2011), e pode ser caracterizado como atitude e espaço de reconstrução de subjetividades, de exercício aberto de uma sabedoria prática para a saúde, apoiada na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela (Cruz, 2009).

Nas práticas em saúde, o cuidado é produzido no “trabalho vivo em ato”, com certa modelagem tecnológica (de saúde) de realizar o encontro entre o usuário e seu mundo de necessidades, como expressão do “seu modo de andar a vida”, e as distintas formas produtivas (tecnológicas) de capturar e tornar aquele mundo seu objeto de trabalho (Merhy, 2000).

Com relação ao constructo da demanda, Franco e Merhy (2005) discutem a produção imaginária da demanda pelo usuário, considerando-a como socialmente construída e condicionada pelo perfil do serviço de saúde, pelo modo de produzir o cuidado e pelas relações entre trabalhadores e destes com os usuários.

O modo de organizar socialmente as ações em saúde para a produção e distribuição efetiva dos serviços será não apenas resposta a necessidades, mas, imediatamente, “contexto instaurador de necessidades” (Schraiber e MendesGonçalves, 1996).

Neste sentido, supõe-se que haja uma relação entre o modo de produção do cuidado e a construção da demanda, a partir da percepção e atribuições de significados e sentidos dos usuários sobre as práticas assistenciais do serviço de saúde de referência (Franco e Merhy, 2005).

Porém, se essa relação serviço de saúde – usuário não for capaz de fazer com que o

último sinte-se de fato protegido/cuidado, os fluxos comunicantes nesta relação podem gerar conflitos e tensões que podem interditar a relação de cuidado (Franco e Merhy, 2005).

Parte-se de uma premissa que existam diversos fatores presentes no cotidiano dos serviços que contribuem para a contínua e crescente tensão na relação entre oferta e demanda na ESF, gerando a insatisfação dos usuários e trabalhadores em saúde, em distintas dimensões, como as relacionadas com:

- o Modelo Assistencial, cuja oferta de ações ainda encontram-se centradas em procedimentos, pouco fugindo aos padrões protocolares; falta de legitimação das práticas e saberes dos profissionais de saúde não-médicos, levando à centralidade do profissional médico e a continuidade da assistência médico-centrada; falha na pactuação entre profissionais-gestores-usuários sobre o processo de trabalho.
- o Processo de trabalho, como a insuficiente comunicação intra-equipe e de espaços de trabalho integrados e interdisciplinares; diferenças de processo de trabalho entre equipes, produzindo distintas formas de intervenção (cuidadoras ou não); insuficientes momentos de reflexão para o planejamento do trabalho em equipe;
- a Formação profissional ainda não adequada para a realidade encontrada na atenção primária; Educação Permanente por muitas vezes não reflete a realidade do processo de trabalho e do cuidado ao território.
- a Regulação de saúde ainda em construção, com diversas falhas e lacunas; dificuldade com o apoio institucional; áreas do município ainda sem cobertura da saúde da família.
- a Participação Popular com pouco espaço para o usuário no planejamento e monitoramento das ações; pouco diálogo da instituição com a população quanto às propostas de ações em saúde; pouca consideração dentro do planejamento das ações em saúde sobre a avaliação dos usuários.

Como o cuidado pode ser apreendido por seu aspecto relacional, na interação entre os sujeitos (equipe de saúde da família/usuários/gestor) no processo de atenção à saúde, cada ator envolvido atua de acordo com as suas representações culturais da saúde que servem de filtro para aceitar ou rejeitar práticas e estruturas organizacionais. A medicina é sempre uma construção histórica e social, o modelo biomédico representa o paradigma científico e cultural vigente da maioria dos profissionais de saúde e serve de referencial para moldar desejos e interesses dos usuários e modelar organizações sanitárias (Jungers

et al, 2009).

Diante disto, este trabalho surge da inquietação e questionamento sobre as próprias práticas e ações em saúde na ESF, em um movimento que busca sua qualificação. Nota-se uma contínua tensão, ou ruído, entre o que é ofertado (ou o que se deseja ofertar) e o que é demandado pelos usuários. Este estranhamento gera níveis significativos de insatisfação tanto por parte dos usuários, como por parte dos próprios trabalhadores.

Desta forma, questiona-se de que forma a oferta de práticas assistenciais se relaciona com a demanda da população atendida. O encontro trabalhador-usuário na ESF tem produzido cuidado integral ou reproduz modelo de cuidado produtor/consumidor de procedimentos de forma atomizada? E ainda, quais seriam os facilitadores e os nós-críticos da organização das ações em saúde na ESF com vistas à produção do cuidado integral?

Neste sentido, este estudo propõe-se a analisar a oferta de práticas e ações em saúde na prática cotidiana de equipes da ESF no contexto do Rio de Janeiro e ainda, de que forma está relacionada com o cuidado em saúde da população. É possível repensar as práticas assistenciais destas equipes procurando maior qualidade da atenção e satisfação de trabalhadores e usuários?

Busca-se contribuir para discussões e gerar propostas de melhoria da qualidade da atenção em saúde da população assistida pela ESF.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Sobre Necessidade, Demanda e Oferta

As necessidades de saúde são social e historicamente determinadas/construídas e elas só podem ser captadas e trabalhadas em sua dimensão individual. É importante a adoção de uma taxonomia das necessidades de saúde – ou seja, deve-se utilizar um conceito normativo que seja traduzido em descritivo e operacional. (Cecílio, 2001).

Esta taxonomia é organizada em quatro grandes conjuntos de necessidades: o primeiro diz respeito a se ter “boas condições de vida”, seja no sentido funcionalista, que enfatiza os fatores do ambiente, externos, que determinam o processo saúde-doença, como nas formulações de autores de origem marxista que enfatizam os diferentes lugares ocupados no processo produtivo nas sociedades capitalistas. Mesmo em diferentes sentidos, um consenso: que a maneira como se vive se traduz em diferentes necessidades de saúde (Cecílio, 2001).

O segundo conjunto de necessidades de saúde diz da necessidade de se ter acesso e poder consumir toda a tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida (Cecílio, 2001).

O terceiro conjunto de necessidades diz respeito à criação de vínculos (a)efetivo entre cada usuário e uma equipe e/ou profissional.

O quarto e último diz respeito à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de andar a vida. (Cecílio, 2001).

Outra categoria importante, a demanda em saúde, é a tradução explícita das necessidades mais complexas dos usuários. A demanda é, em boa medida, as necessidades modeladas pela oferta que os serviços oferecem (Cecílio, 2001).

Os conceitos de necessidade de saúde poderiam ser agrupados em “abstratos” e “concreto-operacionais”. No sentido abstrato, as necessidades estariam relacionadas a aspectos históricos e sociais, envolvendo as dimensões do direito à saúde, relacionadas à própria sobrevivência e aquelas que ultrapassam essa dimensão, como os elementos relacionados à determinação social da saúde (Osório, 2011).

Na dimensão concreto-operacional, as necessidades de saúde são aquelas estabelecidas por quem organiza a assistência, estão relacionadas à definição do objeto de atenção à saúde.

As necessidades de saúde estão referidas às necessidades de atenção à saúde e são classificadas como percebidas - relacionadas ao campo das expectativas ou desejos, expressas - vocalizadas na demanda ou no uso dos serviços de saúde, normativas - relacionadas a avaliação por profissionais de saúde e comparativas - aqueles que são similares entre pessoas com as mesmas características sócio-demográficas (Bradshaw apud Osório, 2011).

Estas, portanto, vão além das necessidades de serviços de saúde, não se restringindo a problemas de saúde, sejam doenças, riscos. Podem ser carências ou vulnerabilidades que expressam modos de vida e identidades. Podem ampliar-se para o que é necessário para ter saúde, seja determinante socioambiental e cultural, seja a ideia de projeto – de felicidade, de qualidade de vida, gozo estético (Paim, 2007).

Há outros elementos que contribuem na construção das necessidades de saúde.

A expressão necessidades de saúde é recorrente na discussão sobre planejamento em saúde, pois decorre da lógica de se definir metas, objetivos para a intervenção que justificarão o curso da ação escolhido (Camargo Jr, 2010). Neste sentido, tem-se em mente problemas de saúde, que na racionalidade biomédica se traduzem em doenças ou agravos claramente identificados. Em um ajuste perfeito, teríamos a emergência (ou ameaça) de problemas de saúde que constituiriam a demanda por serviços de saúde, cabendo ao setor saúde identificá-los e responder as demandas, identificando prioridades e alocando recursos de acordo com as mesmas.

Este sentido instrumental e técnico não se processa, porém, como uma verdade absoluta, e traz-nos a ideia de que o processo de definição e identificação dos problemas de saúde é uma negociação complexa entre vários atores, cujos resultados são contingentes e instáveis ao longo do tempo. A indústria farmacêutica, a indústria de equipamentos médicos, as instituições oficiais de formação pessoal na área da saúde, as empresas de seguro-saúde ou de medicina de grupo, os vários tipos de serviços de saúde, públicos ou privados, instituições de pesquisa, que formam o chamado Complexo Médico Industrial (CMI). Todos estes atores disputam poder, legitimidade, espaço político e recursos, na tentativa de caracterizar para a população em geral e para os técnicos específicos do próprio campo a necessidade e a adequação de seus produtos/serviços no enfrentamento dos problemas de saúde (Camargo Jr, 2010).

Sem o convencimento do usuário final do que se possa ser uma necessidade de saúde, estas jamais se materializariam em demanda por cuidado. Por isso as vantagens

de uma crescente expansão das necessidades de saúde, na tentativa de expansão da base de usuários de serviços, procedimentos e produtos em saúde. Esse fenômeno, designado nas últimas quatro décadas como medicalização, pode ser entendido como a manifestação dessa tendência geral. A medicalização pode ser entendida de duas formas: por um lado, o ocultamento de aspectos usualmente conflitivos das relações sociais, pela sua transformação em “problemas de saúde”; e por outro, a expropriação da capacidade de cuidado das pessoas em geral, tornando-as dependentes do cuidado dispensado por profissionais (Camargo Jr, 2010).

Em outras palavras, pode-se dizer que uma peça fundamental nas estratégias de legitimação e expansão de oportunidades de intervenção dos vários agentes do Complexo Médico Industrial é o estabelecimento de “necessidades de saúde”, que apesar de constantemente em expansão, são apresentadas como naturais (Camargo Jr, 2010).

Esta concepção explícita, dentre outras questões, o processo de co-produção da demanda e da oferta, o que coloca em xeque a ideia de que é possível a adoção de critérios puramente técnicos para determinação de que “necessidades” seriam “reais” (Camargo Jr, 2003).

Com relação ao conceito de demanda, os elementos constituintes surgem das interações dos sujeitos (usuários, profissionais e gestores) na sua relação com a oferta nos serviços de saúde. As demandas são identificadas como “problemas de saúde”, que são definidos a partir de critérios objetivos e quantificáveis, tendo nas doenças a face concreta, como “reais necessidades de saúde” da população. Os modelos explicativos para definir demandas proporcionam a redução do sujeito pela objetivação da doença, desconsiderando os contextos em que se inserem, e cujas respostas só podem ser elaboradas a partir dos conhecimentos especializados/ técnicos (Pinheiro et al, 2010).

São elementos constitutivos da demanda os aspectos concernentes às percepções e representações dos atores sobre saúde, cura e doença, tanto na relação médicopaciente como no padrão de reivindicações dos usuários. Manter e recuperar a saúde por meio de intervenções assistenciais, principalmente aquelas realizadas pela assistência médica, fazem parte de um conjunto de representações que têm sido frequentemente associadas, no imaginário das classes trabalhadoras, com a concepção de saúde e doença, pois estar doente significaria para as mesmas a incapacidade de realizar suas atividades produtivas.

Os modelos utilizados para explicar a saúde das populações são distintos daqueles destinados a elucidar a doença. Neste sentido, os modelos explicativos das doenças apresentam limites para incorporar os elementos constitutivos do ambiente social, que também são os da demanda, do qual fazem parte. São esses os modelos extensivamente utilizados na organização da oferta e, de maneira paradoxal, para identificar as demandas (Pinheiro, 2001).

Desta forma, as demandas em saúde apenas configurariam necessidades de saúde quando identificadas por um interlocutor “qualificado”, que através do conhecimento técnico-científico determinaria sua mais adequada conformação – a doença, oferecendo a “melhor forma” de responder as demandas.

Sendo as necessidades de saúde produtos do processo de trabalho instaurado para satisfazê-las, elas não seriam naturais nem iguais, pois desiguais são os saberes e práticas produzidos nos processos de trabalho em saúde, cuja fragmentação configura limites e desafios para relacioná-las (as “necessidades”) com as demandas em saúde (Pinheiro et al, 2010).

Franco e Merhy (2005) trazem para a discussão a produção imaginária da demanda, considerando-a como socialmente construída e condicionada pelo perfil do serviço de saúde, pelo modo de produzir o cuidado e pelas relações entre trabalhadores e destes com os usuários. Assim, destacam-se três aspectos sobre a demanda em saúde:

- a demanda se constrói a partir da oferta, ou seja, o usuário apenas vai demandar aquilo que sabe que o serviço pode oferecer;
- a não satisfação de certas necessidades de saúde em determinados serviços cria uma demanda para outros serviços de saúde;
- os usuários associam satisfação de suas necessidades de saúde a certos produtos e/ou procedimentos, e não à produção do cuidado (Franco e Merhy, 2005).

Desta forma, quando os profissionais de saúde se encontram inseridos em um modelo assistencial centrado no médico/procedimentos, alimentam uma produção imaginária da oferta baseada em procedimentos e conseqüentemente induzem a população a construir uma demanda por procedimentos (Franco e Merhy, 2005).

Este simbólico que dá significado ao exame/procedimento também opera no nível dos trabalhadores de saúde, havendo desta forma, a “produção imaginária da oferta”, alimentada pelo modelo tecnoassistencial que induz ao alto consumo de procedimento (Franco e Merhy, 2005).

A produção imaginária da demanda é uma construção sócio-histórica e tem sua gênese no modo como foram construídos os modelos tecnoassistenciais para a saúde. Havendo relação entre o modo de produção do cuidado e a construção de significados para este serviço de saúde feita pelos usuários no exercício cotidiano de busca por assistência, esta relação (que pode ter ruídos) pode funcionar como analisador da assistência que se presta.

Tudo isto nos revela, dentre outras coisas, uma tensão entre usuário e profissionais de saúde pela divergência entre construção imaginária da demanda e percepção de necessidade tecnicamente orientada pelo profissional.

“Esses paradoxos indicam fontes de conflitos existentes no serviço de saúde, que ao mesmo tempo são reveladores do seu funcionamento, da capacidade de se produzir cuidado centrado nos procedimentos ou cuidado centrado nos usuários e o modo como pode se desconstruir o imaginário “senso comum” que associa procedimento ao cuidado desejado. O desafio que se coloca aos que trabalham com saúde, é o de construir processos de produção da saúde que sejam capazes de se firmar com novas referências para os usuários, dandolhe segurança de que um modelo centrado nas tecnologias leves, mais relacionais tenha a potência de cuidar tal como ele imagina e deseja.”
(Franco e Merhy, p.188,2005)

Uma alternativa para buscar outros olhares e práticas seria legitimar a ótica do usuário (usuário-centrado), tendo na informação e na educação em saúde campos de compreensão e construção das necessidades por meio do reconhecimento das demandas como aspirações sociais inerentes ao processo de constituição do direito à saúde. Tal reconhecimento exigiria mudanças estratégicas na produção do cuidado em saúde, que incluiria mudanças na formação e na gestão do trabalho em saúde, considerando-se além das questões técnicas, mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas

pessoas (Pinheiro, 2010).

A escuta seria o caminho na compreensão das demandas, sendo a comunicação a mediadora na produção do que se reconhece como necessidade, dando dialogicidade ao processo de construção da mesma, entre os saberes técnicos e populares. Em outras palavras, desconstruir o caráter natural que a ‘necessidade’ tem nas teorias do campo da saúde, para afirmá-la como construção compartilhada.

Desta forma, a demanda de saúde seria constituída na interface entre o Complexo Médico Industrial e seus usuários, trazendo para sua construção além dos processos biológicos enquadrados pela biomedicina na forma das doenças, as experiências corporais e subjetivas dos sujeitos (seu sofrimento), as representações socioculturais sobre a saúde e doença e os quadros de referência social e jurídica sobre direitos e deveres na saúde (Camargo Jr, 2010).

Tem-se assim a ideia de demanda como resultante de um processo de negociação, culturalmente mediado, entre atores representantes de diversos saberes e experiências. Assim, os serviços de saúde teriam como característica fundante o acolhimento das demandas, para que nesse diálogo/negociação sociotécnica, a demanda pudesse se mostrar, ou não, redutível ao repertório de intervenções tidas como eficazes. O serviço de saúde pode produzir outro referencial para os usuários, desconstruindo o imaginário sobre o procedimento e resignificando o cuidado, valorizando as tecnologias relacionais, levando à produção de um tipo de demanda associada ao cuidado à saúde, evitando assim a tensão que existe atualmente nos serviços de saúde, fruto da contradição entre o modelo de produção do cuidado, que se propõe e o outro, produtor de procedimentos, como é atualmente.

Processos de autoanálise dos trabalhadores em saúde, com o objetivo de questionamento das próprias práticas, do tradicional modo de agir diante do usuário e na produção do cuidado, produziria uma desconstrução em nível cognitivo e subjetivo deste projeto (produtor de procedimentos) que veicularam até então. Desta forma, é proposta a construção de novos sentidos para o trabalho em saúde, produzindo nova forma de se interpretar e relacionar-se com o mundo do trabalho e da produção do cuidado, estabelecendo

“fluxos comunicantes entre os diversos sujeitos presentes na cena de produção da saúde, usuários e trabalhadores, associados a uma ideia comum

de assistência à saúde, de cuidado, resignificando saberes, atitudes, modos de se relacionar, práticas de cuidado.”

(Franco e Merhy, p. 192, 2005)

2.2 Sobre o Cuidado

"Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma idéia inspirada. Tomou um pouco do barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter. Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito nele. O que Júpiter fez de bom grado. Quando, porém, Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome. Enquanto Júpiter e o Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da Terra. Originou-se então uma discussão generalizada. De comum acordo pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. Este tomou a seguinte decisão que pareceu justa: "Você, Júpiter, deu-lhe o espírito; receberá, pois, de volta este espírito por ocasião da morte dessa criatura. Você, Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer. Mas como você, Cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto ela viver. E uma vez que entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu: esta criatura será chamada Homem, isto é, feita de húmus, que significa terra fértil". (Heiddeger apud Boff, 2011)

O cuidado é um conceito polissêmico, de diversos olhares e entendimentos. Para

podermos chegar a um ponto de discussão, devemos transitar um pouco sobre esses conceitos.

Em *Ser e Tempo*, Heidegger utiliza a alegoria de Hígino para argumentar acerca da condição humana: o humano como criador e criatura da existência, numa construção sempre em curso, que tem como substrato a linguagem e como “artesão” o cuidado (Ayres, 2003). Neste sentido, o cuidado molda a partir do mundo e contra a sua dissolução nesse mundo, as diversas formas particulares da existência (Heidegger, 1995).

Foucault mostra o desenvolvimento do “cuidado de si” como uma forma de vida no ocidente cristão. A ideia de “ocupar-se consigo” é bem antiga na cultura grega, adquirindo progressivamente um certo modo de conhecimento e elaboração de um saber, uma forma de atitude, uma maneira de se comportar, impregnou formas de viver; desenvolveu-se em procedimentos, em práticas e em receitas que eram refletidas, desenvolvidas, aperfeiçoadas e ensinadas; constituindo-se assim uma prática social (Ayres, 2003).

Esses preceitos desdobraram-se para além desse caráter doutrinário, conformando um conjunto bem especificado de ações, de ocupações, um labor. Esta vinculação com o labor estabeleceu precocemente uma correlação muito estreita entre o “cuidado de si” e a medicina (Ayres, 2003).

Neste sentido, há uma forte e influente identificação da Medicina ocidental ao racionalismo individualizante e intervencionista que marca as “tecnologias do si”. O alcance da saúde passou a depender, de um lado, do diagnóstico de cada constituição individual, apreendida por meio da aplicação racional e sistemática de categorias que expressavam leis universais da natureza e, de outro lado, de uma ativa intervenção do médico sobre os fatores perturbadores ou obstaculizadores do melhor arranjo desta constituição (Ayres, 2003).

Aproximando-se do conceito de cuidado como tecnologia da assistência à saúde, Cruz (2009), em uma revisão sistemática sobre este conceito, nos propõe três dimensões: técnico-científica, subjetivo-relacional e sócio-política.

Sob a dimensão técnico-científica, encontram-se as concepções e formas de atuação hegemônicas no campo da saúde, em que o controle técnico das doenças e o êxito técnico dos procedimentos condicionam as formas de cuidado (Cruz, 2009). A equação do cuidado, a partir da racionalidade biomédica hegemônica, refere-se à aplicação de

tecnologias comprovadas cientificamente, objetivas e universais, em que as intervenções produzam o efeito desejado, ou seja, o êxito técnico dos procedimentos cientificamente aplicados.

A possibilidade da técnica funcionar como receita prescritiva não é uma qualidade inerente a ela, mas dependerá do contexto de experimentação e das operadoras da técnica em questão.

Já na dimensão subjetivo-relacional, o cuidado como tecnologia de saúde não pode se resumir à ação técnica, à execução de um procedimento, ou seja, ao fazer; ele é relacional e inclui o ser. Neste sentido, uma nova categoria de análise denominada “cenas da vida”, com a incorporação do aleatório, do acaso, do inesperado, à intervenção técnica (Cruz, 2009).

Na perspectiva de Ayres (2003), técnico e sucesso prático não são considerados sinônimos: originam-se e destinam-se a esferas relativamente distintas do encontro. O momento assistencial deve fugir de uma objetivação “dessubjetivadora”, ou seja, de uma interação tão obcecada pelo seu “objeto de intervenção” que deixe de perceber e aproveitar as trocas mais amplas que ali se realizam. O autor defende um cuidado à saúde que se apóie na tecnologia, mas não se subordine a ela, subvertendo-a; que não crie objetos, mas realize sujeitos diante dos objetos criados no e para seu mundo, resgatando, através da sabedoria prática, o potencial re-subjetivador do ato assistencial e desmistificando a auto-regulação tecnológica (Cruz, 2009).

Ao fugir da objetividade “dessubjetivadora”, o cuidado à saúde – e seus contextos de subjetividade – abre espaço para uma pluralidade de saberes e normatividades de natureza não tecnicista, em que o sucesso prático e a construção de projetos de felicidade surgem como finalidades da intervenção. O profissional de saúde não pode prescindir da ausculta do que o outro (sujeitos individuais ou coletivos) deseja como modo de vida, estando desta forma revestindo o ato assistencial do caráter do cuidado. A intervenção técnica se articula verdadeiramente com o cuidar quando o sentido da intervenção passa a ser não apenas o alcance de um estado de saúde visado de antemão, nem somente a aplicação mecânica das tecnologias disponíveis para alcançar este estado, mas o exame da relação entre finalidades e meios, e seu sentido prático para o paciente (Ayres, 2003).

O cuidado como produto do trabalho em saúde, que modulado pelos atos de saúde (com suas dimensões: própria cuidadora e profissional específica), pode apresentar-se como cuidado usuário centrado ou procedimento centrado (Merhy, 1997).

As dimensões cuidadora e "profissional específica" são territórios de práticas técnicas que se compõem em qualquer produção de atos de saúde e que vão se definindo, conforme o modelo de atenção, em certos empobrecimentos ou enriquecimentos, como campos de saberes tecnológicos, no uso das valises que constroem e lhe são disponíveis (Merhy, 2000).

A dimensão propriamente cuidadora, que está presente em qualquer prática de saúde, possui as seguintes características (Merhy, 2002):

- relação intercessora com o mundo subjetivo do usuário e o modo como ele constrói suas necessidades de saúde;
- acolhimento e vínculo; - responsabilizações; - posicionamento ético usuário centrado;
- articulação de saberes para compor projetos terapêuticos;
- inclusão cidadã e ganhos de autonomia para o usuário;
- decisões dentro do critério de eficiência, eficácia e efetividade dos atos de saúde (Merhy, 2002).

Neste sentido, para realizar produção centrada na dimensão cuidadora, deve-se contar com uma "caixa de ferramentas" de saberes, composta centralmente pelas "tecnologias leves", pela dimensão relacional, que é da competência de qualquer profissional de saúde (Merhy, 2002).

O campo de produção do cuidado é o da desterritorialização das profissões, e se dá na micropolítica, que é o lugar das questões que envolvem os processos de subjetivação em sua relação com o político, o social e o cultural, através dos quais se configuram os contornos da realidade em seu movimento contínuo de criação coletiva (Rolnik apud Moreira, 2012).

Retomando as dimensões do cuidado, em sua dimensão sócio-política, o conceito de politicidade do cuidado, implica pensar na ambivalência da ajuda que, sendo poder, tanto domina como liberta fazeres humanos. O cuidar pode ser tanto gesto e atitude solidária, protegendo e assegurando vida e direitos, quanto pode ser opressor e subjugante, utilizando-se de artifícios calcados na solidariedade para manter-se em posição de domínio (Pires, 2005).

Neste sentido,

“a politicidade do cuidado pode ser entendida como manejo político e reconstrutivo da relação

dialética estabelecida entre ajuda e poder para a construção de autonomies de sujeitos, sejam estes gestores, técnicos, profissionais de saúde, usuários dos serviços de saúde, família, comunidade, enfim, cidadãos” (Pires, 2005).

Advoga-se a reconstrução da ajuda em prol da autonomia do outro, calcada em relações de poderes potencialmente subversivas. Consubstancia assim o triado emancipatório do cuidar - conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar – no qual conhecimento, poder e autonomia se tencionam para libertar o fazer humano das amarras que o sucumbem, potencializando utopias concretizáveis. (Pires, 2005).

Cuidar é, portanto, mais que construir um objeto e intervir tecnicamente sobre ele, mas é interagir, encontrar, alimentar a alma, considerar, reconstruir-se, querer construir projetos.

“A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde. Como aparece ali, naquele encontro de sujeitos no e pelo ato de cuidar, os projetos de felicidade, de sucesso prático, de quem quer ser cuidado? Que papel temos desempenhado nós, os que queremos ser cuidadores, nas possibilidades de conceber essa felicidade, em termos de saúde? Que lugar podemos ocupar na construção desses projetos de felicidade que estamos ajudando a conceber?” (Ayres, p. 71, 2001)

A gestão do cuidado pode ser definida como provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz. Divide a gestão do cuidado em cinco dimensões:

individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária, representandoas em círculos concêntricos (Cecílio, 2011).

A dimensão individual traz o sentido de “cuidar de si”, na potencia de cada um produzir seu modo singular de “andar a vida”. A dimensão familiar é aquela localizada no mundo da vida, com seus atores privilegiados: pessoas da família, amigos, vizinhos. A dimensão profissional da gestão do cuidado é aquela que se dá no encontro entre profissionais e os usuários e nucleia o território da micropolítica em saúde. Essa dimensão é regida por três elementos fundamentais: a) a competência técnica do profissional, no seu núcleo profissional específico; b) postura ética do profissional; c) a sua capacidade de construir vínculos com quem precisa de seus cuidados. A dimensão organizacional do cuidado é aquela que se realiza nos serviços de saúde, marcada pela divisão técnica e social do trabalho, trazendo elementos como o trabalho em equipe, atividades de coordenação e comunicação, e função gerencial. A dimensão sistêmica da gestão do cuidado é aquela que compõe redes ou linhas de cuidado, na perspectiva da construção da integralidade do cuidado. Por fim, a dimensão societária do cuidado é a dimensão mais ampla da gestão do cuidado, que se traduz na forma como cada sociedade produz cidadania, direito a vida e acesso (Cecílio, 2011).

E no terreno das micropolíticas que a avaliação em saúde pode ser mais fecundo, no sentido de se enfrentar o desafio de inventar novos modos de avaliação do cuidado em saúde em que os protagonistas sejam os trabalhadores e usuários. Essas são questões centrais neste trabalho, no sentido de qualificar a atenção, através do conceito de cuidado como tecnologia leve, da relação intersubjetiva, que no âmbito da saúde promova a responsabilização, vínculo, acolhimento e autonomia dos sujeitos envolvidos.

2.3 Processo de Trabalho e Práticas de Saúde: conformando o Cuidado

A construção histórica da concepção de trabalho foi se transformando ao longo do tempo. O trabalho até o século XVII era visto como algo que demandava muito esforço físico, em muitas culturas representava punição e estava ligado intensamente à ideia de maldito e profano (Cunha, 2010).

Na sociedade contemporânea, o conceito de trabalho pode ganhar outros contornos.

Segundo Marx (1983), o trabalho pode ser entendido como um processo pelo qual o homem se põe em movimento com a natureza para apropriar-se da matéria natural, utilizando-se dos meios necessários com a finalidade de tornar a matéria útil à sua própria vida.

Desta forma, o homem apropriando-se da matéria natureza e usando da criatividade e força de trabalho, transforma-a em algo com valor de uso para si, para satisfazer alguma necessidade.

No processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho pra a produção de produtos, e essa produção está subordinada a um determinado fim.

Neste sentido, faz-se a reflexão sobre o trabalho humano, que o diferencia do trabalho de um animal: para o homem o produto de seu trabalho sempre existiu em sua imaginação (Marx, 1983), trazendo implicitamente a intencionalidade da ação, por conceber seu produto antes mesmo de tê-lo realizado (Santos, 2010).

“uma aranha desempenha operações que parecem com a de um tecelão, e a abelha envergonha muitos arquitetos na construção de seu cortiço. Mas o que distingue o pior arquiteto da melhor das abelhas é o que o arquiteto figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade. No fim do processo de trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador. Ele não transforma apenas o material sobre o qual opera, ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem que subordinar sua vontade.” (Marx, 1983)

Outros autores refletem ainda sobre a importância do trabalho na construção psíquica e cognitiva do homem (Luria, 1990; Vygotsky. 1996,1998), assim como a importância da sociabilidade, da atividade, da comunicação e do trabalho para o processo de hominização (Engels apud Farias, 2010).

Desta forma, o trabalho é “a condição primeira de toda a vida humana, o trabalho criou o próprio homem” (Engels apud Farias, 2010), pelo trabalho os homens produzem não só

bens materiais ou imateriais, como se produzem a si mesmos no processo.

A coprodução do sujeito nos processos produtivos do trabalho, está implícita na noção marxista de práxis de que os sujeitos sofrem e fazem história, transformando a realidade por meio de suas atividades intelectuais e materiais (Campos, 2007). Ao longo dos tempos, a forma como o trabalho é socialmente organizado sofreu variações. A divisão social do trabalho existe desde que o homem começou a viver em sociedades, sendo esta “aparentemente inerente característica do ser humano”, dividindo a sociedade entre ocupações, cada qual apropriada a certo ramo de produção (Braveman apud Malta, 2003).

Com o surgimento da indústria ocorre o parcelamento do trabalho, a divisão manufatureira do trabalho. O produto, para ser produzido passou a ser decomposto em numerosas operações executadas por diferentes trabalhadores, configurando assim a divisão técnica do trabalho. A divisão social do trabalho subdivide a sociedade, a divisão parcelada do trabalho subdivide o homem (Braveman apud Malta, 2003).

Com o avanço do capitalismo, economistas clássicos debruçaram-se sobre os problemas da organização do trabalho no seio das relações capitalistas de produção. Taylor destacou-se no fim do século XIX, por sistematizar princípios que modelaram as empresas capitalistas modernas. Concluiu, através de seus estudos de tempos e movimentos exercidos pelos operários, que era necessário separar o processo de planejamento da execução, transferindo o pensar para o administrador e parcelando, fragmentando em etapas o trabalho operário, tirando deste o conhecimento global do processo produtivo. Desta forma imprimiu ao trabalho mais rapidez, maior produtividade e maior extração de mais valia, resultando em alienação dos trabalhadores (Braveman apud Malta, 2003).

Ford deu prosseguimento à reestruturação do trabalho gerando um modelo que resultou na mudança da organização do trabalho, no aceleração da produção, no controle da gerência em todas as etapas do trabalho. Este trabalho parcelar e fragmentado do trabalho reduziu a ação operária a um conjunto repetitivo de atividades, onde o homem passa a ser apenas o apêndice de uma máquina ferramenta (Malta, 2003).

Esse modelo de produção, taylorismo/fordismo, foi hegemônico durante quase todo o século XX, dando sinais de esgotamento entre o final dos anos 60 e início dos anos 70, quando a crise recessiva capitalista levou a uma nova reestruturação produtiva do capitalismo. O novo modelo que se estruturou se inspirou nas mudanças de processo de trabalho da Toyota, no Japão pós-guerra, tendo como principais características: produção visando atender um mercado

consumidor mais exigente, portanto mais individualizado, diferenciando-se da produção em série do taylorismo/fordismo; fundamenta-se no trabalho em equipe, com multivariabilidade de funções, rompendo o caráter parcelar típico do fordismo; processo produtivo mais flexível, permitindo ao operário operar várias máquinas; melhor aproveitamento da produção, princípio Just in time, reposição rápida de peças e estoques; estrutura das empresas horizontalizada, reduzindo gerências intermediárias; organização de círculos de controle de qualidade, onde grupos de trabalhadores são estimulados a discutir seu desempenho e estímulos (Malta, 2003).

A partir de então, deu-se um movimento de valorização da multifuncionalidade e da flexibilidade do trabalhador para que este intervenha na cadeia produtiva, a fim de melhor atendimento ao mercado consumidor. Porém, segundo Farias (2010), este modelo manteve a exploração e a intensificação, incentivando a precarização das relações de trabalho.

O neoliberalismo e a reestruturação produtiva, em uma época de acumulação flexível, acarretou efeitos nefastos como o desemprego em massa, a precarização do trabalho, a exclusão e degradação da relação do homem com a natureza. O trabalho passou a ser desregulamentado e flexibilizado para dotar o capital de ferramentas necessárias à sua adaptação (Antunes, 2007).

O trabalho na contemporaneidade passou por uma reestruturação produtiva, desenvolvendo a noção de 'trabalho imaterial', e, em tempos de globalização, adquiriu características como flexibilidade, criatividade, capacidade de escolher entre diversas alternativas, utilização cada vez maior da intelectualidade do trabalhador e responsabilização do mesmo pelas decisões tomadas (Cunha, 2010).

A constituição do trabalho imaterial ocorreu fora da relação salarial, reflexo da mudança do esquema fordista e taylorista de produção. Neste sentido, o trabalhador não estava mais preso ao chão da fábrica, nem seu tempo era delimitado pelo período fabril. Hoje seu trabalho assume o tempo de vida global. Neste sentido o que muda é que esta nova forma de trabalho não apenas controla a força de trabalho, mas também a subjetividade do indivíduo (Lazzarato & Negri, 2001).

O trabalho imaterial tendeu a ficar hegemônico em nossa sociedade e, portanto, não diz respeito a uma característica exclusiva dos trabalhos mais qualificados.

Outra característica do trabalho imaterial foi a ampliação da comunicação entre produção e consumo. O consumidor participa ativamente da construção do produto e, ditando as regras do mercado, amplia as opções de produtos cada vez mais diversificados e

personalizados (Lazzarato & Negri, 2001). Desta forma, o produto está sob a intervenção contínua do consumidor, tornando-se impossível o estabelecimento de normas objetivas e fixas para produção e definição de medidas de produtividade (Cunha, 2010).

E no crescente investimento do consumo do produto (imaterial) deste trabalho (imaterial), são criados valores, estilos de vida, formas de estar e viver em sociedade, a serem apropriados e consumidos subjetivamente.

No campo da saúde, por exemplo, a indústria farmacêutica a cada dia cria novos produtos com promessas de alívio do sofrimento, bem estar e saúde eterna (Cunha, 2010). Da mesma forma, vem se produzindo uma procura cada vez maior que chega aos serviços de saúde com a demanda ávida por consumo de consultas médicas, exames e medicamentos (Luz, 2004).

No que tange a outra dimensão do trabalho imaterial, o trabalho afetivo, os serviços de saúde são, por excelência, lugares de interação, de prestações de cuidados e criação de afetos. O capital incorporou e valorizou o trabalho afetivo como uma importante maneira de produção de valor, já que os afetos produzidos são imateriais mas passíveis de serem capturados, reproduzindo redes sociais de poder e manipulação. O trabalho afetivo, entretanto, tem grande potência na medida em que produz novas subjetividades, cria vida, traz dimensão do trabalho vivo, caminha no sentido da produção da autonomia, subverte a lógica de exploração e produz linhas de fuga contrahegemônica aos grilhões da produção capitalista (Hardt apud Cunha, 2010).

Essas modificações das relações de trabalho para atender as necessidades do capital se fazem presentes em todos os setores produtivos, inclusive dentro do contexto da saúde, ainda que esta tenha características produtivas específicas. É necessário que compreendamos estes atravessamentos do capital e a escolha por determinados modelos de gestão influenciam o modo como levamos a assistência aos usuários (Farias, 2010).

Alguns tipos de trabalho humano, mais do que outros são mais facilmente desvinculados da ideia geral de ‘trabalho’, aparentando serem formas de atividades distintas, mais nobres. Um exemplo clássico desse tipo de trabalho seria da área da saúde. O processo de trabalho em saúde tem os seguintes componentes: a atividade adequada para um fim, isto é, o próprio trabalho, o objeto do trabalho, ou seja, a matéria que se aplica o trabalho, os instrumentos ou meios do trabalho e os agentes (Mendes Gonçalves, 1992).

Esses elementos precisam ser examinados de forma articulada e não em separado, pois somente na sua relação recíproca configuram um dado processo de trabalho específico.

O *Objeto* representa o que vai ser transformado: a matéria-prima, e no setor saúde,

as necessidades humanas de saúde. O objeto é aquilo sobre o qual incide a ação do trabalhador, e contém, potencialmente o produto resultante do processo de transformação efetivado pelo trabalho, de modo que essa qualidade de produto precisa ser evidenciada ativamente no objeto. Neste sentido, o objeto de trabalho em saúde não é um objeto natural, não existe enquanto objeto por si só, mas é recortado por um olhar que contém um projeto de transformação, com uma finalidade. Esta representa a intencionalidade do processo de trabalho.

Os *instrumentos* de trabalho são constituídos historicamente pelos sujeitos, que assim ampliam as possibilidades de intervenção sobre o objeto (Peduzzi, 2007). Os instrumentos podem ser materiais ou não-materiais. Os primeiros seriam os equipamentos, material de consumo, medicamentos, e outros. Os segundos são os saberes. Estes constituem ferramenta de trabalho na medida em que orientam a ação e fundamentam o recorte do próprio objeto de intervenção (Peduzzi, 2007).

O objeto e instrumentos de trabalho só podem ser configurados por referência à sua posição relacional, intermediada pela presença do agente do trabalho que lhe imprime uma dada finalidade (Peduzzi, 2007).

A finalidade do processo de trabalho diz respeito ao fim a que se dirigem as ações ou atividades que compõem o processo de trabalho. Portanto, pode-se dizer que o processo de trabalho consiste em ação dirigida a um fim dado a priori e que configura a intencionalidade e racionalidade que os orienta, presente no projeto que preside e acompanha intrinsecamente o exercício cotidiano do trabalho (Peduzzi, 2007).

E por meio da ação do *agente* do trabalho torna-se possível o processo de trabalho – a dinâmica entre objetos, instrumentos e atividade. O agente pode ser interpretado, ele próprio, como instrumento do trabalho e imediatamente sujeito da ação.

O processo de trabalho, portanto, consiste na transformação das necessidades sociais. Nesse sentido, considera-se a consubstancialidade e a circularidade entre processo de trabalho e necessidades de saúde, que transformados em finalidade, guiam todo o processo de trabalho. As necessidades não são naturais, ou independentes da ação humana, mas constituídas no bojo da historicidade e da socialidade humanas, não sendo fixas, variando de acordo com os movimentos sócio-históricos (MendesGonçalves, 1992).

As necessidades de saúde tal como são reconhecidas numa dada sociedade e período histórico, suscitam os serviços que são prestados e embasam a configuração geral de seu modo de organização da oferta. Contudo, os resultados das ações executadas para satisfazer as necessidades também são reconhecidos como necessidades, visto que são apreendidos com base

num consenso social, compartilhado por usuários, trabalhadores de saúde, gestores e outros atores sociais, como modos legítimos de satisfazê-las (Peduzzi, 2007). Desta forma:

“(...)o modo de organizar socialmente as ações de saúde para a produção e distribuição efetiva dos serviços será não apenas respostas às necessidades, mas imediatamente, “contexto instaurador de necessidades” (...). Instaurar necessidades com base na produção de serviços significa também criar valores quanto ao “cardápio” das necessidades ou padrão das necessidades na sociedade, quanto aos seus conteúdos e quanto aos critérios em que podemos agrupá-las, como conjunto. Esse processo se dá por meio do valor que atribuímos à satisfação das necessidades na sociedade, o que reiteramos através de seu consumo sistemático” (Schraiber, Mendes-Gonçalves, p. 30, 1996).

A conexão circular, de mútua influência, entre processo de trabalho e necessidades de saúde – ou em outros termos, entre produção e consumo de serviços de saúde – implica um processo que reitera tanto as tecnologias e técnicas disponíveis como os valores em que se ancora (Peduzzi, 2007).

Todavia, para além de reiterar práticas, necessidades e valores consagrados, essa circularidade também abre espaço para a mudança e a “criação de espaços de emergência de novas necessidades de saúde”, que correspondem a novas intervenções e formas de organização do trabalho em saúde, resgatando “valores que foram negativados ao longo de opções históricas que elegeram a forma atual dominante da construção da vida social, trabalhando no sentido da abertura à instauração de novos sistemas de valores” (Schraiber, Mendes-Gonçalves, 1996).

Desta forma, os profissionais de saúde podem tanto reproduzir as necessidades de saúde e os modos como os serviços se organizam para atendê-las, como buscar criar espaços de mudança em que se possam engendrar novas necessidades e suas correspondentes intervenções e modos de trabalhar e organizar os serviços de saúde, na perspectiva da integralidade e da intersubjetividade em saúde. Assim, embora a normatividade do trabalho sempre imponha um conjunto de limites, os trabalhadores de saúde não estão inevitavelmente fadados à

configuração dominante do projeto e do processo de trabalho, mas podem imprimir-lhe mudanças, com base na sua atuação, que envolve tanto a dimensão tecnológica e técnica quanto a dimensão interativa e intersubjetiva do processo de trabalho (Peduzzi, 2007).

Essa distância entre real e prescrito é percebida em qualquer situação de trabalho, pois é impossível, mesmo nas atividades mais simples, prever e ter controle de todas as situações do trabalho. A organização dos processos de trabalho tenta decodificar as atividades em normas, protocolos, prescrições que nunca vão dar conta dos imprevistos e inesperados da situação real do trabalho. As atividades de trabalho são permeadas por acontecimentos impensados, incidentes e funcionamentos não previstos tanto em relação às ferramentas e materiais utilizados na atividade quanto nos comportamentos dos trabalhadores (Cunha, 2010).

Neste sentido,

“Trabalhar é preencher a lacuna entre o prescrito e o real. Ora, o que é preciso fazer para preencher esta lacuna não tem como ser previsto antecipadamente. O caminho a ser percorrido entre o prescrito e o real deve ser, a cada momento, inventado ou descoberto pelo sujeito que trabalha. Assim, para o clínico, o trabalho se define como sendo aquilo que o sujeito deve acrescentar às prescrições para poder atingir os objetivos que lhe são designados; ou ainda aquilo que ele deve acrescentar de si mesmo para enfrentar o que não funciona quando ele se atém escrupulosamente à execução das prescrições.”
(Dejours, p. 28, 2004)

O trabalho prescrito é vinculado de um lado a regras e objetivos fixados pela organização do trabalho e, de outro, as condições dadas. Pode-se dizer, de forma sucinta, que indica aquilo que ‘se deve fazer’ em um determinado processo de trabalho (Brito, 2006).

O trabalho real está vinculado ao pressuposto de que as prescrições são recursos incompletos, isto é, que desde a sua concepção elas não são capazes de contemplar todas as situações encontradas no exercício cotidiano de trabalhar (Brito, 2006).

O trabalhador reconhece essa distância irredutível entre a realidade, de um lado, e de outro as previsões, prescrições e procedimentos sempre sob a forma de fracasso: o real se

revela ao sujeito pela sua resistência aos procedimentos, ao saber-fazer, à técnica, ao conhecimento, isto é, pelo fracasso da mestria (Dejours, 2004).

A psicodinâmica do trabalho propõe uma nova definição de trabalho, pensando como uma atividade manifestada por homens e mulheres, para realizar o que ainda não está prescrito pela organização do trabalho. Esta perspectiva recusa a divisão tradicional entre trabalho de concepção e de trabalho execução. Para o autor, todo trabalho é sempre trabalho de concepção e este complementa ainda que o trabalho é por definição, humano, uma vez que é mobilizado justamente ali onde a ordem tecnológica-maquinal é insuficiente (Dejours, 2004).

Visto que o trabalho não é entendido como mera aplicação de normas e protocolos, este não é pura execução, mas uma atividade criativa, ou seja, toda experiência singular do trabalho admite novas interpretações, criação do novo, das engenhosidades. Ajustar a organização prescrita do trabalho exige a disponibilidade da iniciativa, da inventividade, da criatividade e de formas de inteligência específicas próximas daquilo que o senso comum classifica como engenhosidade. (Dejours, 2004).

Nesse sentido, deve-se reconhecer o trabalhador como o especialista do seu trabalho, pensando-os como peça chave para conhecer os processos de trabalho. O trabalhador pode tomar as decisões necessárias para mudar o curso dos acontecimentos, sendo o protagonista no seu trabalho. Os trabalhadores são as pessoas mais indicadas para encontrar as soluções e oferecer sugestões para transformar a organização do trabalho (Cunha, 2010).

Nesta aproximação entre trabalho real e prescrito e o protagonismo do trabalhador, Merhy traz discussões acerca dos conceitos de Trabalho Vivo e Trabalho Morto, recuperando Marx. Trabalho Morto é conceituado como todos os produtos-meio (ferramentas, matérias-primas, saberes) que estão envolvidos no processo de trabalho e que são resultado de um trabalho anteriormente realizado. O Trabalho Vivo é definido como trabalho instituinte, trabalho em ato, trabalho criador, tendo sua essencialidade na ação.

O trabalho em saúde possui uma autonomia do Trabalho Vivo bem mais ampla se comparada aos outros setores da economia. Assim, mesmo que o Trabalho Vivo seja capturado pelas tecnologias mais estruturadas, no encontro entre o trabalhador e o usuário, dá-se o espaço intercessor com possibilidades de mudanças, de atos criativos.

Pressupõe-se que o momento do trabalho em si seja marcado pela possibilidade do trabalhador agir com liberdade máxima, mas que há distintos modos como os processos de trabalho podem ocorrer, dependendo da centralidade do Trabalho Morto e do Trabalho Vivo, isto é, da forma como os elementos já dados exercem influência no momento da criação. O que

se constata é que esta polaridade Trabalho Morto x Trabalho Vivo sempre vá existir, independente do setor produtivo. Observa-se então que há um coeficiente entre protagonismo/liberdade e protagonismo/reprodução no mundo produtivo (Farias, 2010).

O momento do encontro do trabalhador com o usuário é primordialmente Trabalho Vivo em ato no qual o trabalhador organiza ferramentas para raciocinar clinicamente e decidir sobre os encaminhamentos a serem dados com relação ao que o usuário traz como queixa (Cunha, 2010). Este momento só é possível na interação e por isso marcado por tecnologias relacionais do qual o cuidado pode se materializar.

Sobre tecnologias no campo da saúde, pode-se definir a existência de tecnologias materiais (instrumentos) e tecnologias não materiais (conhecimentos técnicos). Considera-se que tecnologia refere-se aos nexos técnicos estabelecidos no interior do processo de trabalho entre a atividade operante e os objetos do trabalho, através daqueles instrumentos (Mendes-Gonçalves, 1994). A tecnologia revela-se como um conjunto de saberes e instrumentos que expressam, nos processos de produção dos serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática numa totalidade social (Mendes-Gonçalves, 1994).

Merhy (1993) aponta que para além dos instrumentos e do conhecimento técnico, lugar de tecnologias mais estruturadas, há um outro, o das relações, que tem se verificado como fundamental para a produção do cuidado.

Ao aspecto relacional do trabalho em saúde chamamos de tecnologia leve, que a coloca como forma de agir entre os sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produção do cuidado. Às tecnologias inscritas nos instrumentos, o autor identifica como tecnologias duras, porque já estão estruturadas para elaborar certos produtos de saúde, e ao conhecimento técnico identifica uma parte dura (instrumental) e outra leve, que diz respeito ao modo singular que cada profissional aplica seu conhecimento para produzir o cuidado (Merhy, 2003).

O autor parte do pressuposto que o trabalho em saúde é sempre relacional, porque dependente do Trabalho Vivo em ato. Essas relações podem ser de um lado, sumárias e burocráticas, onde a assistência se produz centrada no ato prescritivo, compondo um modelo produtor de procedimentos ou, por outro lado, estas podem se dar como relações intercessoras estabelecidas no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde (Merhy, 2004).

Ao analisar o fazer cotidiano do trabalhador de saúde, no seu micro-espço de trabalho, em especial a micropolítica que ali ocorre, constata que ao realizar o cuidado, ele opera no seu processo de trabalho um núcleo tecnológico tanto por Trabalho Morto quanto por

Trabalho Vivo. Este encontro do Trabalho Morto e Trabalho Vivo no interior do processo de trabalho reflete uma certa correlação entre eles, no núcleo tecnológico do cuidado. À esta correlação, o autor chama de Composição Técnica do Trabalho, isto é, esta é a razão entre Trabalho Morto e Trabalho Vivo (Merhy, 2004).

A Composição Técnica do Trabalho não é quantificável, mas é considerada um analisador dos processos de trabalho em saúde (Franco, 2003), revelando o quanto de Trabalho Morto está capturado pelo Trabalho Vivo. Quando a Composição Técnica do Trabalho for favorável ao Trabalho Morto, significa um processo de trabalho mais dependente de tecnologias duras, voltado à produção de procedimentos. Quando houver predominância do Trabalho Vivo em ato, haverá uma produção do cuidado mais centrado nas tecnologias leves, relacionais (Merhy, 2004).

Em outras palavras, processo de trabalho conduzido por Trabalho Vivo produz grande margem de liberdade para o trabalhador para a criatividade na relação com o usuário, experimentando soluções inéditas para os problemas de saúde, interagindo e inserindo o usuário no processo de produção da sua própria saúde, fazendo-o sujeito, ou seja, ator principal do seu processo de cuidado.

Já quando o processo de trabalho é conduzido pelo Trabalho Morto, há maior rigidez na prática do trabalhador, que é excessivamente direcionado pelos instrumentos, equipamentos e protocolos pré-estabelecidos. Destarte, a interação trabalhador-usuário é dada por processos endurecidos e frios, mais produtor de procedimentos.

O capitalismo e as mutações que o mesmo opera transformaram as relações de trabalho e acarretaram em um certo modo de produzir que se tornou dominante, modo este que também atingiu a produção de saúde (Gomes, 2011). Neste sentido, os efeitos das modulações do capital engendraram o modo de atuar em saúde que a considera no seu valor de troca, isto é, no seu potencial lucrativo de mercadoria, tornando o sistema “produtor de procedimentos”, valorizando o saber médico especializado e uso de insumos como medicamentos e equipamentos de diagnóstico (Franco, 2003).

A mudança deste paradigma “produtor de procedimento” para o “produtor de cuidado” requer uma avaliação do modo como produzimos saúde – se centrado no Trabalho Vivo ou no Trabalho Morto – ou seja, avaliação da Composição Técnica do Trabalho. Para os autores e pelas análises da micropolítica do trabalho em saúde, as mudanças só ocorrerão a partir da Transição Tecnológica em saúde (Merhy, 2003).

2.3.1 Modelos Tecnoassistenciais e a Reestruturação Técnica do trabalho

A crise que atravessa o setor saúde tem um caráter estrutural, denunciando o esgotamento de um modelo assistencial, formada através da diretriz biologicista no ensino médico, seguindo a matriz flexneriana. Influenciando a produção de assistência a saúde, aparecem os interesses de mercado das indústrias de medicamentos e equipamentos, tornando-a centrada na produção de procedimentos e no alto consumo de medicamentos (Franco, 2003).

Tentando romper com esse modo de produção na saúde, até por ser muito custoso para as fontes financiadoras, adotou-se modelos de serviços centrados no campo de saber da Vigilância à Saúde (Franco, 2003). Temos como exemplos a Medicina Comunitária, os Cuidados Primários em Saúde, e nosso campo de análise, a Estratégia Saúde da Família.

Segundo o autor, os modelos tecnoassistenciais são produtos de múltiplas determinações, de característica dinâmica, podem apresentar-se de diversas formas, em diferentes lugares (Franco, 2003).

Pode-se definir Modelos Assistenciais como a organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área, bom como de projetos de construção de ações sociais específicas, como estratégia política de determinados agrupamentos sociais. Os Modelos Assistenciais estão sempre se apoiando em uma dimensão assistencial e uma tecnológica para expressar-se como projeto de política, articulado a determinadas forças e disputas sociais (Franco, 2003).

Modelos de Atenção ou Modelo Assistencial “é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender as necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma lógica que orienta a ação” (Paim, 2003).

Podemos entender ainda como Modelos de Atenção a convergência de horizontes entres os diversos discursos acerca de modos de operar e gerir as tecnologias de atenção à saúde de indivíduos e populações. Deste modo, os modelos nascem de experiências e potencialidades inscritas em um conjunto de técnicas e arranjos tecnológicos, que incluem os conceitos e teorias postos em uma dada circunstância histórica e social. O modelo, uma vez confirmado e aplicado, instrui, de volta, a utilização dessas tecnologias (Ayres, 2009).

Na dialética entre sua organização conforme os modelos e seu operar cotidiano, as tecnologias apresentam uma inexorável abertura em seu devir prático, evidenciando alcances, limites, sinergias e tensões que nos levam a requalificar, adaptar e diversificar o seu uso, assim como a buscar novas técnicas e conceitos e/ou novos arranjos tecnológicos para sua operação

(Ayres, 2009). Dessa forma, são gerados novos horizontes discursivos acerca da aplicação e da gestão das tecnologias, e novos modelos se conformarão na medida do sucesso alcançado na convergência entre os diversos discursos em interação acerca dos “que” e “como” fazer, em sentidos que podem abarcar dimensões operacionais, estratégicas, materiais, conceituais, filosóficas e éticas.

Ao contrário do sentido mais habitualmente atribuído ao conceito de modelo, que é o da produção em um sentido unificador e coercitivo das ações dirigidas a certa finalidade instrumental ou estratégica, entenda-se este conceito como a possibilidade de estabelecer um diálogo produtivo entre perspectivas instrumentais e estratégicas diversas, mas capazes de compartilhar horizontes práticos de interesse comum (Ayres, 2009).

QUADRO 1- DOS MODELOS ÀS PRÁTICAS E A VOLTA



Fonte: Ayres, 2009, pag. 13

Um dos determinantes na formatação dos modelos assistenciais é a centralidade do núcleo tecnológico utilizado pelo trabalhador em saúde, se baseado em tecnologia leve – portanto no núcleo relacional, ou centralizada no núcleo da tecnologia dura ou leve-dura (Franco, 2003).

Outro determinante na formatação dos modelos assistenciais diz respeito aos diversos campos de saberes utilizados na composição do conhecimento que deverá operar a saúde. Esses saberes provêm da clínica, da epidemiologia, do planejamento, das ciências sociais, da psicanálise, entre outros, e deverá buscar-se em um mix de todo esse conhecimento, um campo próprio, amálgama de muitas fontes teóricas. Os modelos tecnoassistenciais configurados a partir de um particular campo de saber não têm sido capazes de atender à

complexidade da assistência à saúde, revelando, por assim dizer, fragilidades nos processos de produção do cuidado aos usuários (Franco, 2003).

Tem-se como exemplos o modelo resultante do Relatório Flexner, centrado no campo biológico do conhecimento do corpo anátomo-fisiológico. Ou então o campo da Vigilância à Saúde, que se mostra insuficiente, por si só, para a construção de propostas amplas e consistentes na organização dos serviços de saúde. Há ainda as Ações Programáticas ou Modelos voltados para o Pronto-Atendimento, que confirmam que só um campo de saberes e práticas é insuficiente para dar conta de toda a dimensão da produção de saúde (Franco, 2003).

Outro aspecto importante com relação aos modelos assistenciais diz respeito à política, enquanto lugar da defesa de interesses de diversos atores, em cenários complexos, que se colocam na arena decisória em relação à produção da saúde. A cena na qual é definido o modelo tecnológico de produção de saúde é constituída de sujeitos com capacidade de operar pactuações entre si – muitas vezes permeadas de tensões e conflitos vividos no cenário de produção da saúde, de forma que a resultante dessas disputas é sempre o produto da correlação de forças que se estabelece no processo (Franco, 2003).

Várias são as discussões em torno da Reestruturação Produtiva na área da saúde. A discussão porém vem se dando em torno dos modelos tecnoassistenciais. Merhy caracteriza a Reestruturação Produtiva como um modo de produzir saúde diferente de um certo modelo adotado, em uma dada unidade produtiva da saúde, que impacta processos de trabalho.

A mudança do paradigma ‘produtor de procedimento’ para o ‘produtor de cuidado’ só ocorrerá a partir da Transição Tecnológica do setor, que significa um novo modo, guiado por uma correlação favorável entre o Trabalho Vivo e Trabalho Morto. A Transição Tecnológica que:

“é caracterizada por mudanças no modo de produzir saúde, impacta processos de trabalho, alterando a correlação das tecnologias existentes no núcleo tecnológico do cuidado, a Composição Técnica do Trabalho. É sempre um processo de construção social, política, cultural, subjetiva e tecnologicamente determinado. Assim deve configurar um novo sentido para as práticas assistenciais tendo como consequência o impacto nos resultados a serem obtidos, junto dos

usuários e na resolução dos seus problemas. À primeira vista, pode-se imaginar que há uma tênue linha divisória entre os dois conceitos (Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica), mas ao debruçarmos sobre os efeitos que têm no cuidado ao usuário, um processo produtivo guiado por uma lógica instrumental e outro, por Trabalho Vivo em ato, que pressupõe uma lógica relacional, tecnologias leves dependente, observamos que são dois mundos muito distintos.”

(Merhy & Franco, p.9, 2003)

A Estratégia Saúde da Família constituiu-se em processo de Reestruturação Produtiva, que produziu mudança na forma de processo de trabalho, sem, no entanto, alterar a centralidade do trabalho nas tecnologias duras. A formação da equipe, o deslocamento do trabalho para o território e o incentivo ao trabalho de Vigilância à Saúde dão uma ideia de que há mudança no modo de produzir saúde, porém, a micropolítica de organização do trabalho revela, especialmente na atividade clínica, um núcleo de cuidado operando um processo centrado na lógica instrumental de produção da saúde (Merhy& Franco, 2003).

Isto quer dizer que a Composição Técnica do Trabalho, ou a razão entre Trabalho Vivo e Trabalho Morto, no núcleo do cuidado, permanece sob a hegemonia do segundo, revelando que não há uma alteração estrutural no modo de produzir saúde.

O trabalho executado a partir da relação entre sujeitos, acolhedor e produtor de vínculo com responsabilização sobre a clientela, acompanhando projetos terapêuticos cuidadores, é subsumido por uma lógica instrumental, tecnologias duras centrada, realizado a partir do ato prescritivo. A mudança verificada nestes casos, não chega a alterar de fato as estruturas do modelo assistencial vigente, médico hegemônico produtor de procedimentos.

Conclui-se que o Trabalho Vivo porta um poder instituinte capaz de abrir movimentos inventivos e expansivos, como também pode manter o instituído, a lógica dominante.

Assim, é necessário questionar a postura ética do trabalhador e o que ele produz, a fim de considerar se o processo de trabalho está voltado para o cuidado com o usuário (Faria, 2010). O Trabalho Vivo não porta consigo nenhuma valoração positiva sobre o ato de produzir o cuidar, podendo ser utilizado tanto para produzir ‘cuidados cuidadores’, ou seja, práticas

advindas de bons encontros e a favor da vida, que estabeleçam relações positivas entre os sujeitos de forma a potencializar a autonomia para que os mesmos se empenhem em prol de formas criativas de existência, como também pode ser empregado para produzir ‘cuidados descuidadores’, por exemplo, subserviência, dominação do outro, escutas surdas, desumanas, práticas endurecidas, excludentes, sujeitos passivos e anestesiados (Faria, 2010).

No encontro dos sujeitos criam-se espaços de relações, ocorrem interseções entre os dois, sendo esse encontro o resultado de um processo singular. Este momento, o da produção e consumo dos atos de saúde, é um momento especial, portador de forças instituintes. Porém, nos modelos de assistência hoje predominantes, nas relações produzidas nos serviços de saúde, os espaços intercessores são preenchidos pela ‘voz’ do trabalhador e pela ‘mudez’ do usuário (Merhy, 1997).

O momento do encontro é fundamental, pois a produção de saúde ocorre no encontro entre as pessoas. O encontro é a principal matéria-prima deste processo, tratando-se do espaço de interação mútua entre sujeitos que atuam entre si para produzir cuidado (Merhy, 2002).

Neste encontro o ‘agente produtor’ porta conhecimentos, equipamentos, tecnologias, enquanto o ‘agente consumidor’ expressa também seus conhecimentos e representações. Estes agentes são ambos portadores de necessidades, que por sua vez, são definidas em processos sociais e históricos. Todo o processo de trabalho é atravessado por lógicas diferentes, que se apresentam como necessidades em disputa, como forças instituintes nas suas instituições. O espaço intercessor – o encontro – é o lugar que revela essas disputas das distintas forças instituintes – do modelo médico hegemônico e do usuário (Malta & Merhy, 2003).

Desta forma, entendemos que é na análise do cotidiano – lugar da micropolítica do Trabalho Vivo em ato – que podemos avaliar o processo de trabalho em saúde e ter pistas sobre a produção do cuidado.

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar a forma como se dão as relações entre oferta e demanda em saúde em equipes da ESF no território de Manguinhos, sob a ótica da produção do cuidado.

Objetivos Específicos

1. Conhecer como as práticas assistenciais destas equipes se relacionam com a demanda por cuidado.
2. Identificar e discutir os pontos críticos na organização da oferta na estratégia de saúde da família que dificultam a produção do cuidado em relação com a demanda.
3. Trazer subsídios para a discussão das práticas assistenciais que produzam novos referenciais na relação entre oferta e demanda

4 . METODOLOGIA

Caracterização do estudo

Este trabalho apresenta-se como um estudo de caso de abordagem exploratória e descritiva, tendo como campo equipes de saúde da família do território de Manguinhos, do município do Rio de Janeiro.

Fez-se a opção da metodologia qualitativa, pois segundo Minayo (1998), são aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

A autora coloca que o campo da Saúde se refere a uma realidade complexa que demanda conhecimentos distintos integrados e que coloca de forma imediata o problema da intervenção, requerendo como essencial uma abordagem dialética que compreende para transformar e cuja teoria, desafiada pela prática, a repense permanentemente (Minayo, 1998).

O estudo de caso é uma pesquisa cujo objeto é a análise profunda de uma unidade de estudo, possibilitando investigar detalhadamente um número limitado de indivíduos, instituições ou grupos (Caçapava, 2008).

O estudo de caso pode ser simples e específico ou complexo e abstrato, porém é sempre bem delimitado, visa à descoberta e enfatiza a interpretação em um contexto, buscando retratar de forma completa e profunda (Madeira, 2009).

Serve para interpretar o contexto para melhor apreendê-lo, procurando compreender a manifestação geral de um problema, como se manifesta as ações, as percepções, os comportamentos e as interações das pessoas relacionando às situações de onde o mesmo ocorre.

Desta forma, para o estudo da produção do cuidado na relação entre oferta e demanda na Estratégia de Saúde da Família, optamos em aprofundarmo-nos em um único cenário, em uma Clínica da Família*, para melhor compreender as nuances da produção do cuidado no processo de trabalho.

*As unidades de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro são chamadas de Clínica da Família, comportando até 13 equipes de Saúde da Família em uma única estrutura.

Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido na Clínica da Família Victor Valla (CFVV), no bairro de Benfica, cidade do Rio de Janeiro. Esta unidade de saúde da família foi inaugurada em abril de 2010, fazendo a cobertura assistencial em saúde de comunidades do bairro de Manguinhos, Rio de Janeiro.

Sujeitos do Estudo

Os sujeitos desta pesquisa foram os profissionais da Clínica da Família Victor Valla.

Foram escolhidos seis profissionais de saúde, um de cada equipe constituinte da CFVV, tentando buscar os diversos olhares das equipes. Os profissionais selecionados deveriam ter pelo menos um ano de trabalho na unidade e eram de categorias profissionais diversas: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde.

Princípios Éticos

Respeitando-se os princípios éticos da pesquisa com seres humanos, foi assegurado aos sujeitos da pesquisa o sigilo e o anonimato, bem como a garantia do direito de desistir, a qualquer momento do estudo, e ter livre acesso aos dados coletados, considerando-se a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

Coleta de Dados

Para a aproximação do objeto de pesquisa – a relação entre oferta e demanda no trabalho em saúde sob a ótica do cuidado – foi realizado o seguinte caminho metodológico:

1. Entrevistas semi-estruturadas com usuários no intuito de obter a trajetória assistencial deste dentro do serviço, identificando possíveis ruídos na relação.
2. Entrevistas semi-estruturadas com os trabalhadores da unidade de saúde, para a obtenção de pistas sobre a produção do cuidado.
3. Observação das reuniões de equipe.

Na trajetória realizada pela pesquisadora no trabalho de campo, foram selecionados alguns usuários pelas equipes para a entrevista. Buscamos aqueles usuários que tinham com a equipe algum tipo de relação conflituosa no cuidado.

As entrevistas realizadas com os usuários (total de seis entrevistas), com o intuito de identificar possíveis ruídos de relação no cuidado não tiveram êxito quanto a sua proposta. Foram realizadas seis entrevistas – um usuário de cada equipe – e ao final não puderam ser utilizadas para a busca das respostas às perguntas propostas pelo trabalho.

Assim, temos como principais resultados do estudo as entrevistas realizadas com os trabalhadores de saúde e as observações realizadas em reuniões de equipe. Foram realizadas seis entrevistas com trabalhadores, sendo um representante de cada equipe de Saúde da Família da CFVV, e realizada observação participante em reuniões de três equipes locais.

Entrevistas semi-estruturadas

A entrevista, processo de interação verbal entre duas pessoas, foi utilizada intencionalmente pelo entrevistador com o objetivo de obter informações do entrevistado. Utilizou-se para isso um roteiro pré-estabelecido, do qual constam questões ou tópicos de acordo com a problemática central que se quer investigar (Haguette, 1992).

A entrevista é uma técnica privilegiada para coleta de dados em pesquisas sociais, uma vez que a fala é reveladora de condições estruturais, de sistema de valores, de normas e símbolos e pode ser classificadas em diferentes modalidades, a depender do grau de diretividade incutido pelo pesquisador na estrutura do roteiro, que vão desde a entrevista estruturada, passando pela semi-estruturada, até a entrevista não estruturada ou aberta.

A entrevista deste tipo – semi-estruturada – não se constitui simplesmente em um processo de coleta de dados, mas numa situação de interação social que reproduz entre os sujeitos envolvidos, pesquisador e pesquisado, a mesma dinâmica das relações existentes na sociedade (Minayo, 1998). Desta forma, é imprescindível que seja estabelecida uma relação de confiança e simpatia entre os sujeitos, construída a partir da inter-relação que contemple o afetivo, as experiências, a apreensão do contexto do entrevistado.

Foram utilizados dois roteiros de entrevistas: um para o usuário e outro para os trabalhadores (Anexos 1 e 2).

Observação Participante

Observar, na pesquisa qualitativa, significa “examinar” com todos os sentidos um evento, um grupo de pessoas, um indivíduo dentro de um contexto, com o objetivo de descrevê-lo (Victora at al, 2000).

Para Minayo (2004), a observação participante é definida como um processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica, na qual o observador está em relação face a face com os observados. Ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados e se torna parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este.

Com o auxílio da observação participante, o pesquisador analisa a realidade social que o rodeia, tentando captar os conflitos e tensões existentes e identificar grupos sociais que têm em si a sensibilidade e motivação para as mudanças necessárias (Queiroz et al, 2007).

Assim, neste trabalho esta técnica torna-se um importante instrumento para a aproximação, de um lugar diferenciado, do objeto de trabalho.

Análise dos Resultados

Para a análise das entrevistas realizadas e da observação feita nas reuniões de equipe, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin (1979), que a define como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter por procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores quantitativos ou não que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Dentro desta perspectiva,

“a análise de conteúdo parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos. Para isso, a análise de conteúdo em termos gerais relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas

sociológicas (significados) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção de mensagem. ”

(Minayo, p.203,1998)

O conteúdo do material obtido foi categorizado à luz do quadro teórico-conceitual adotado na pesquisa, perfazendo as seguintes categorias analíticas: lógica organizacional da unidade de saúde e produção do cuidado. Esta última categoria se subdivide em dimensões da produção do Cuidado trazidas por Assis e colaboradores (2010): Acesso, Acolhimento, Vínculo e responsabilização do cuidado. Propomos ainda a análise da Produção do Cuidado sob a ótica da Integralidade.

Ainda foram incluídas mais duas categorias que passaram a fazer parte da análise da produção do cuidado: Trabalho em Equipe e Captura do Trabalho Vivo.

5. RESULTADOS

5.1 Conhecendo o Local de Estudo

5.1.1 A História de Manguinhos

Manguinhos é assim conhecido por tratar-se de uma região originalmente constituída por manguezal. A história do bairro, que começou a ser construída ao final do século XIX, é um resumo da história do país e das políticas habitacionais do estado do Rio de Janeiro. A abertura da Estrada de Ferro, da Rua Leopoldo Bulhões, da Avenida Brasil e da Linha Amarela, e outras mudanças que a região sofreu ao longo do século XX, e continua a sofrer, estão na memória de vários moradores como parte da transformação não só da cidade, mas também de suas vidas.

A região iniciou seu processo de urbanização com a chegada da ferrovia em 1886, que atravessou os terrenos loteados e ocupados por fazendas desde 1760, construindo nestes as estações que hoje conhecemos. A facilidade de acesso permitida pelas novas vias estimularam a instalação de instituições como o Instituto Soroterápico (1900), hoje Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, a ECT, EMBRATEL, CCPL, CONAB, Souza Cruz, a Refinaria de Manguinhos, entre outras, determinando a ocupação definitiva da área, caracterizando Manguinhos, durante um certo período, como um bairro industrial.

Entre o início do século XX, quando surge o Amorim até o final da década de 40, observa-se uma lenta ocupação residencial no bairro, que ocorre por iniciativas isoladas. A partir dos anos 50, Manguinhos é marcado pelas políticas oficiais de remoção de outras áreas da cidade. As famílias eram retiradas da zona sul, do centro, da zona portuária, da zona norte e alojadas no espaço anteriormente usado pelo lixão Aterro Retiro Saudoso. Foram construídos os barracões e casas populares do Centro de Habitação Provisório 2 [CHP2], do Parque João Goulart e da Vila Turismo, onde os moradores aguardariam por uma próxima remoção para os Conjuntos Habitacionais. A partir da década de 80, foram instalados na região conjuntos habitacionais, ao mesmo tempo que se observa um processo crescente de invasões.

Hoje sabe-se que a comunidade em questão possui por volta de 37000 moradores.

Manguinhos é parte do mosaico de desigualdades sociais que expressa a cidade do Rio de Janeiro. Enquanto Botafogo, Lagoa, Barra da Tijuca, Vila Isabel, Tijuca e Copacabana são considerados os melhores bairros com relação às condições de vida, medidos pelo IDH, dos

126 bairros da cidade, Manguinhos está entre as cinco piores juntamente com Guaratiba, Rocinha, Jacarezinho, Maré e Complexo do Alemão, no 122º lugar.

Como tantos outros territórios, Manguinhos se caracteriza por ser um lugar onde os direitos de cidadania e os direitos humanos foram quase varridos das políticas públicas.

O padrão demográfico da população de Manguinhos modificou-se ao longo dos últimos 10 anos, quando foi observada a estrutura etária nos anos 2000 (Censo 2000) e em 2011 (dados da Ficha A – Reis), ocasião dos cadastramentos feitos pelas equipes de Saúde da Família do Teias- Escola Manguinhos. Observa-se uma diminuição das faixas etárias mais jovens, principalmente as duas primeiras (0-4 anos e 5-9 anos) e redução importante no sexo masculino a partir da faixa entre 15-19 anos, acentuando-se entre 20 e 24 anos.

Ainda observa-se o aumento relativo da população, em ambos os sexos, a partir dos 60 anos, acompanhando o processo de envelhecimento populacional da cidade e do país.

5.1.2 A Saúde da Família em Manguinhos e a Clínica da Família Victor Valla

A Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro tem recebido grandes investimentos desde 2009, com expansão do número das equipes de Saúde da Família, de Clínicas da Família (nas quais são agrupadas de 2 a 13 equipes dentro de um mesmo equipamento), chamadas de unidade tipo A, e nas unidades de Modelo Tradicional de Atenção Primária à Saúde, conformando unidades mistas, ou do tipo B.

O bairro de Manguinhos tem uma cobertura de 100% da população residente, por meio da implantação de 13 equipes de saúde da família em dois equipamentos de saúde: a Clínica da Família Victor Valla (CFVV) e o CSE Manguinhos (localizado no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria - CSEGSF/Fiocruz).

De acordo com dados do Registro Eletrônico de Informação em Saúde (Reis), o total de famílias cadastradas é de 12.080, correspondendo a 36.976 habitantes. Estimase um percentual pequeno de não cadastro (cerca 5% dos domicílios), por recusa dos moradores, domicílios fechados ou desocupados.

Cada equipe de saúde da família é composta por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem, 06 agentes comunitários de saúde (ACS) e 01 agente de vigilância em saúde (AVS). A distribuição de equipes por clínica, total de pessoas e famílias cadastradas, bem como as comunidades cobertas podem ser vistas no quadro a seguir:

QUADRO 2- DADOS DO CADASTRAMENTO CLÍNICA DA FAMÍLIA VICTOR VALLA

Dados de cadastramento			
Clínica da Família Victor Valla - 06 equipes			
Equipe de Saúde da Família	Comunidades cobertas	Pessoas Cadastradas	Famílias Cadastradas
Mandela de Pedra	Vila Arará, Embratel, Mandela de Pedra	2523	763
CHP2	CHP2	3369	1010
DESUP	DESUP/CONAB	1611	495
Nelson Mandela	Nelson Mandela / Embratel	3408	1114
Samora Machel	Samora Machel / Embratel	2928	931
Vila União	Vila União / Ex combatentes / DESUP	2891	905
Total		16730	5218

Fonte: SIAB dezembro 2012

A Clínica da Família Victor Valla (CFVV) conta com seis equipes de Saúde da Família, uma equipe de Consultório de Rua e três equipes de saúde bucal. Foi implantada no ano de 2010, com todas as equipes completas, exceto o Consultório de Rua e uma das equipes de saúde bucal, implantadas em 2012.

Possui como capacidade instalada: Recepção e espaço de acolhimento; 11 consultórios; 3 consultórios de odontologia e 1 escovário; sala para vacinação; sala de curativos; sala de coleta de exames; sala de reunião de grupo; sala de procedimentos; sala administrativo/gerente; sala dos agentes de saúde; Espaço de Educação Permanente (sala de reunião e laboratório de informática com 12 computadores). Seu horário de funcionamento é de segunda a sexta de 8 horas as 20 horas e sábados de 8 horas as 12 horas.

É um espaço de serviço e de ensino, pois recebe vários estudantes de diversos cursos: Residência de Medicina de Família e Comunidade, da UFRJ; Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da ENSP; alunos do internato de medicina da UFRJ; alunos de graduação de enfermagem da UFRJ.

As equipes sofreram diversas mudanças tanto na sua cobertura territorial, com rearranjos interequipes, quanto em relação a mudanças dos profissionais das equipes, principalmente com o novo modelo da Residência Médica, pois os residentes permanecem atualmente vinculados como médicos das equipes.

Além das equipes de Saúde da Família, a Clínica da Família Victor Valla conta com o apoio de uma equipe de NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), que é composto pelos seguintes profissionais de saúde: Assistente Social, Psicóloga, Pediatra, Ginecologista-Obstetra, Psiquiatra, Fisioterapeuta, profissional de Terapias Complementares, além de uma equipe de Atenção Domiciliar.

Oferece ainda os serviços em saúde existentes em toda a rede de Atenção Primária da Saúde da Família do município do Rio de Janeiro: Consultas individuais e coletivas; visita domiciliar; saúde bucal; vacinação; pré-natal; exames de raios-x; eletrocardiograma; exames laboratoriais; ultrassonografia; curativos; procedimentos de pequenas cirurgias; planejamento familiar; vigilância em saúde; teste do pezinho; tratamento e acompanhamento de pacientes diabéticos e hipertensos, entre outros diversos serviços. No quadro 3, encontra-se a Produção Ambulatorial por Procedimento (BPA) no ano de 2012 da CFVV:

QUADRO 3 – PRODUÇÃO AMBULATORIAL POR PROCEDIMENTO DA CFVV EM 2012

SAÚDE DA FAMÍLIA PRODUÇÃO AMBULATORIAL POR PROCEDIMENTO (BPA) CF Victor Valla Quantidade Apresentada por Mês Atendimento segundo PROCEDIMENTO – 2012 (seleção)												
PROCEDIMENTO	jan	fev	mar	abr	maio	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
0101010010 ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA	4	50	34	41	38	45	71	43	49	32	31	15
0101020015 AÇÃO COLETIVA DE APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR GEL	23	11	7	0	7	4	7	0	5	2	0	3
0101020031 AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA	151	251	205	171	102	100	81	264	210	220	190	167
0101020040 AÇÃO COLETIVA DE EXAME BUCAL COM FINALIDADE EPIDEMIOLÓGICA	39	29	46	27	13	4	3	24	20	20	15	18
0101030010 VISITA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO	2225	2559	2832	3040	2485	2861	2362	2944	3111	2776	3233	3037
0201020033 COLETA DE MATERIAL P/ EXAME CITOLOGICO DE COLO UTERINO	25	61	57	83	63	78	82	82	113	108	229	46
0201020050 COLETA DE SANGUE P/ TRIAGEM NEONATAL	3	13	12	5	7	1	11	6	24	1	5	13
0301010013 CONSULTA AO PACIENTE CURADO DE TUBERCULOSE (TRATAMENTO SUPERVISIONADO)	1	0	0	3	2	3	0	3	0	2	2	1
0301010021 CONSULTA C/ IDENTIFICAÇÃO DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE	3	7	3	6	3	2	3	1	7	5	8	4
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO)	574	698	852	908	666	909	674	468	569	658	1250	1211
0301010064 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	468	544	668	1051	1038	1304	1431	1048	1177	953	1495	1724
0301010080 CONSULTA P/ ACOMPANHAMENTO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO (PUERICULTURA)	54	102	93	115	106	127	122	73	94	50	203	212
0301010110 CONSULTA PRÉ-NATAL	129	145	156	138	132	158	151	60	77	91	158	184
0301010129 CONSULTA PUERPERAL	9	17	13	21	9	14	17	19	26	9	26	30
0301010137 CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	55	41	112	150	113	158	81	170	234	107	171	121
0301010153 PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	65	56	63	90	46	13	3	36	28	21	94	64
0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA	36	25	24	65	78	223	105	115	187	138	139	115
0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO (POR PACIENTE)	7	38	24	19	33	59	43	70	80	32	22	48

Fonte: STE/SMS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SAI/SUS)

5.2– Lógica Organizacional do Cuidado da Saúde da Família na CFVV

5.2.1 – Organização da Oferta e Fluxos de Cuidados dentro das equipes

As equipes que compõem a CFVV se organizam dentro de um padrão normativo, porém com algumas diferenças entre elas.

Além da oferta dos serviços das unidades produtivas comuns, como farmácia, vacinação, curativos, procedimentos, coleta de exames laboratoriais, eletrocardiograma e ultrassonografia, as equipes em si oferecem algumas atividades em comum, e outras específicas.

Como oferta de atividades em comum: consulta individual médica, consulta individual de enfermagem, visitas domiciliares dos profissionais da equipe, procedimentos e grupos educativos.

“Bom, a equipe oferece consulta agendada, grupos educativos, acompanhamento segundo o protocolo do ministério da saúde, tratamento conjunto da família, quando há possibilidade, quando é um caso de risco, aí entra assistente social, psicóloga, e também a demanda espontânea, mas o foco maior seria o atendimento, o acompanhamento. ” (Profissional I)

Algumas equipes organizam a agenda conforme os grupos programáticos (gestante, criança, hipertensos e diabéticos), outras organizam a agenda de forma menos setarizada. Dentro de uma mesma equipe, podem funcionar agendas organizadas de formas diferentes.

Podemos exemplificar isto na fala de um profissional, descrevendo sua “semana-padrão”, ou seja, as atividades que compõem seu processo de trabalho durante uma semana:

“A gente tem uma agenda que a gente obedece ali: Segunda-feira de manhã eu faço pré-natal, a tarde eu atendo puericultura, na terça é o dia em que eu estou escalada no horário estendido, de 11h até as 20h. Aí de 11h a 12h eu fico resolvendo mais as coisas burocráticas

e a tarde faço também atendimento em consultório, aí atendo hipertenso e diabético e aqueles pacientes que eu não consigo encaixar nos outros dias, uma puericultura, que seja. Quarta-feira de manhã é preventivo, a tarde é nossa reunião de equipe, que eu acho muito produtiva (...)Na quinta de manhã, separo de 8h as 10h há o horário de supervisão com os residentes e com os agentes, onde eu vou ver o SIAB, o número de visitas, o que eles identificam como maior necessidades, prioridades, a gente faz isso. E depois desse horário eu vou pras visitas e quinzenalmente eu faço os grupos. A tarde tem a EP, que é a Educação Permanente, na sexta-feira eu estou aqui de manhã na classificação de risco e na sexta-feira a tarde eu também reservo esse turno pras questões administrativas.” (Profissional VI)

Os grupos também são citados como uma das principais ofertas em saúde e cuidado das equipes.

“Tem os grupos que a gente está fazendo, mas que a gente tem tido muita falta. Ano passado a gente fazia e ia muita gente, esse ano tem tido muita falta. Eles falam que é porque eles estão conseguindo agendar. Se eles estão conseguindo agendar eles não querem ir ao grupo. Segunda-feira agora eu vou fazer de escolar, na outra de hipertenso. Eu estava fazendo um grupo que eu organizei pra ser em três encontros, de hipertenso e diabético. No primeiro encontro a gente ia falar sobre a experiência da doença, no segundo sobre a experiência com a mudança de vida, do estilo de vida, e no terceiro sobre a medicação. Nos três encontros a gente mediria a pressão, o peso, e no terceiro a gente sentaria com cada um e faria um plano terapêutico. No primeiro eu veria se tinha exame ou se

não tinha, se tivesse que pedir exame a gente pediria, pra no segundo estar analisando. Era um grupo terapêutico, não era só um grupo educativo. Mas eu não sei se vai dar certo, porque o primeiro que eu fiz vieram 3 pessoas. Agora a gente vai fazer um outro, tem bastante gente inscrita, eu não sei como é que vai ser.” (Profissional III)

Os grupos desenvolvidos pelas equipes geralmente são para os usuários cadastrados da própria equipe, não havendo interação entre as ações, que por vezes são de objetivos semelhantes. Esses grupos podem ter caráter educativo ou terapêutico.

“A gente já tem o grupo e hipertensão e diabetes, a gente tem o grupo de resultado de exames, que isso já é uma coisa antiga dentro da equipe. Quando a gente veio pra equipe já tinha um vasto número de resultado de exame, então a gente até se policia um pouco pra não ficar pedindo tanto exame. Mas a gente faz e a gente divide isso com a equipe técnica, tipo: resultado normal, beleza, o agente de saúde vai, entrega, sinaliza que está tudo bem, quando o paciente vem na consulta ele já é orientado dessa maneira. Quando dá uma alteração discreta, aí marca a agenda comigo, a consulta com a enfermeira. Quando é alguma coisa mais importante, mais elevada, aí já é uma consulta médica. Com uma glicemia de 105, paciente que não tenha nenhum histórico e paciente não tem nada, aí a gente coloca no grupo de orientação de entrega de resultado de exame, mas aí a gente fala sobre orientação alimentar, enfim. E agora a gente está pensando no grupo de adolescentes dentro da nossa escola que fica aqui no nosso território. A gente tem a parceria com a academia carioca, que é muito legal, as educadoras de educação física, elas participam junto com a gente dos grupos, então assim, a gente está fazendo toda

uma mobilização pra ter mais essa coisa educativa mesmo dentro da equipe.” (Profissional VI)

As equipes ainda abrem um canal de comunicação com a população adscrita, e incluem esse canal dentro do espectro das ofertas de cuidado em saúde.

“É o que eu estou falando... a nossa médica fez os grupos, nos fizemos os fóruns..., não deixamos de fazer os fóruns também. Isso ajuda bastante, até para a população... até para a nossa...até para os pacientes compreenderem que, entenderem como a gente funciona, não é? A gente tem feito os fóruns que eu acho que também... é... a nossa clientela acaba entendendo como é que funciona a clínica e de alguma maneira isso faz também a demanda diminuir.” (Profissional V)

“E tem o Fórum, mas não é atendimento, então. O Fórum é mais de diálogo com a população.” (Profissional III)

Quando perguntados sobre a forma de agendamento, cada equipe mostrou uma maneira de ser feito, de acordo com as especificidades de cada uma. Nessas falas aparecem também a “pressão da demanda”, que não consegue ser totalmente contemplada pela oferta exclusiva de atendimentos individuais.

“Agora estamos marcando de 15 em 15 dias. Antes marcávamos ‘livre’ e os pacientes não vinham. Agora eles estão aderindo melhor à unidade, mas também tem a frustração porque são muito poucas vagas. Agora tem o horário estendido até as oito da noite, então mais pessoas vão poder agendar, mas ainda assim vem mais demanda, mais demanda do que agendado, então acaba ficando pouco espaço pra agenda.” (Profissional II)

Outra equipe, na mesma clínica, faz sua organização das consultas individuais de outra forma:

“A marcação: a gente está marcando a agenda do médico é de um dia pro outro. A gente não tem dia pra preventivo, pra puericultura, é atendimento. Todos os dias tem atendimento de manhã e de tarde, os dois únicos dias que não tem é quarta-feira a tarde que tem reunião de equipe e quinta-feira a tarde que tem EP. Às vezes tem atendimento, mas não é agendado. Aí a gente agenda de um dia pro outro. Os dias que tem dois turnos ficam com 8 vagas. Agora em agosto minha agenda vai mudar. Vão ser 6 vagas na minha agenda. São 4, agora vão ser 6. A (agenda) da outra médica continua 4. E a gente tem duas vagas extras que a gente agenda retorno da gestante e retorno de tuberculose. Esses a gente já deixa pré-agendado. Criança menor que 2 anos, a gente não agenda a volta, pede pra mãe vir agendar e a gente dá o nosso jeito de agendar, mesmo que não tenha vaga, a gente arranja vaga porque a gente estava deixando muito de lado no passado, a gente não conseguia fazer puericultura direito, e esse ano a gente está conseguindo. Até os 28 dias, a gente vai à casa deles e faz o acolhimento mãe-bebê, a enfermeira e o agente. Aí depois tem a consulta de 1 mês com médico, com 2 meses com a enfermeira, com 4 meses com médico, com 6 meses com enfermeiro, 9 meses o médico, 12 meses enfermeiro, e depois tem que ter 2 consultas entre 1 e 2 anos. A gente não faz de mês em mês porque não precisa. Acho que a gente está com 50 e poucas crianças menor que 1 ano. Muita gestante, muita tuberculose. Aí isso a gente tenta garantir. Os outros a gente deixa por eles, quando eles vem...” (Profissional III)

Encontramos ainda outra forma de organização das consultas individuais e seu agendamento:

“Hoje a agenda está sendo aberta mensal. Nos últimos seis meses ela estava sendo aberta bimensalmente, a cada dois meses. Então a agenda abria, vamos dizer assim, na primeira terça-feira do mês, abriu a agenda pra dois meses e aí vamos agendar. Não existe nenhum tipo de critério pra esse agendamento. A agenda está lá no guichê, o paciente vai chegar e vai ser agendado. E ainda assim, aconteciam alguns encaixes, que na época o médico além daquela agenda que existia oficial, a gente que não conseguia, como e já falei, ofertar o que a demanda necessita, ele conseguia fazer alguns encaixes, então ele atendia alguns pacientes de acordo com a demanda que chegava e durante a semana. Hoje a gente definiu que a agenda vai abrir pra 30 dias. Então a agenda vai abrir toda última quarta-feira do mês e vai ser aberta por 30 dias corridos. Na última quarta-feira do outro mês vai abrir pra mais 30 dias.” (Profissional IV)

Aparece ainda nas falas os vazios que surgem nas equipes quando há falta de algum profissional, principalmente médico, prejudicando toda a organização do cuidado da população.

“Então estamos com algumas lacunas, várias lacunas. E essas lacunas, as vezes, por esse déficit de RH a gente não consegue também ofertar por completo o que de repente a população que vem necessita. Hoje a gente está com gestante, algumas, sem acompanhamento. A gente não tem nenhuma criança em acompanhamento. As poucas crianças que estão pesadas no mês vem porque as mães me pedem. Então eu peso, vou medir, vou ver vacina, vou

orientar e a gente tem a esperança que isso consiga se amenizar com esses dois profissionais que estão chegando pra tentar acertar essas coisas. A gente não está conseguindo ofertar nada além do que consulta médica nas duas últimas semanas. A gente não está fazendo grupo, a gente não está ofertando outras coisas além do que a unidade pode proporcionar, a equipe em si.”
(Profissional IV)

Quando questionamos sobre o fluxo, ou o caminho, percorrido pelo paciente no serviço em busca de cuidado, podemos perceber falas muito parecidas, trazendo para nós a ideia de um Fluxograma de Acolhimento bem estabelecido dentro da Clínica da Família Victor Valla. Isto se deve a um grande trabalho em conjunto dos trabalhadores e gestores locais, nos Espaços de Educação Permanente, para a construção de um Fluxo de Acolhimento unificado, resultando dentre outras coisas, na formação de uma Equipe de Classificação de Risco. Esta equipe iniciou ao final de 2012, contando com um enfermeiro e um técnico de enfermagem ao dia.

“Vou falar o que acontece hoje. O paciente que chega hoje, ele automaticamente chegando a unidade vai se direcionar ao guichê da equipe. Chegando no guichê da nossa equipe, a gente vai identificar se esse paciente realmente é cadastrado ou não, se é domiciliado na área. Se esse paciente é domiciliado, e independente da demanda dele, as vezes ele vem aqui só pra pegar uma orientação que vai ser resolvida no guichê, ou ele veio agendar uma consulta, ou ele veio por alguma demanda que solicita atendimento. Se ele é cadastrado, a gente vai encaminhar esse paciente, ele vai ser ouvido pelo agente comunitário, hoje menos, mas em algumas situações o agente comunitário pede ajuda. Acontece pouco hoje por causa da classificação de risco. Mas em algumas situações o agente comunitário me chama pra gente tentar ver o que a gente pode fazer e se é uma queixa que

necessita de atendimento, a gente encaminha esse paciente pra classificação de risco. Na classificação de risco, ele vai ser ouvido pelo enfermeiro e lá vai ser definido: ou vai ser resolvido lá, ou esse paciente vai ser encaminhado de volta ao guichê pra ser atendido pelo médico ou pelo enfermeiro ou até mesmo por mim, porque de repente esse paciente foi avaliado lá, pode ser que tenha uma lesão, ou uma retirada de pontos, alguma coisa, ele vai ser ouvido pela classificação de risco e vai voltar lá. (...). Se for uma demanda em que o paciente não for cadastrado e é uma demanda que necessita de atendimento no dia, seja verde ou alguma coisa do tipo, e a gente diz que paciente não tem cadastro, a gente vai abrir um prontuário provisório sem vincular ele a equipe, a gente vai atendê-lo, dar o mesmo procedimento que eu falei anteriormente e a gente vai disparar uma solicitação de cadastro pro agente que ele referenciar o endereço. É assim que ele é atendido. ” (Profissional IV)

Outro profissional que fala sobre o fluxo do Acolhimento ao usuário:

“Na verdade, o acolhimento é a porta de entrada pro paciente. Não necessariamente ele vai ser acolhido por mim, ele é acolhido por quem abre a unidade, as vezes o segurança, as vezes o pessoal da administração. Aí lá eles encaminham: ‘Você mora em qual território?’ (...). Aí tira a senha e vai até o meu guichê, eu chamo pelo painel. Quando não, ainda assim ele não deixa de ter a orientação, ele vai no guichê, ele é acolhido, o acolhimento não gera um atendimento, mas gera sim um entendimento do que está se passando com ele, então eu acolho, vejo o que está se passando com ele, se ele não for da minha área, isso não impede que eu atenda,

converse com a equipe, então quando ele tem uma urgência no momento, ele vem pra classificação de risco, e daqui ele é encaminhado ou pro enfermeiro, ou pro médico, ou pra ser agendado. Quando é de fora, a gente procura localizar em que local ou região do Rio de Janeiro ele mora pra poder encaminhar ele pra unidade mais próxima. Aí ele passa pelo fluxo do acolhimento, classificação de risco, daí sim ele vai pro médico, enfermeiro ou ele é agendado” (Profissional I)

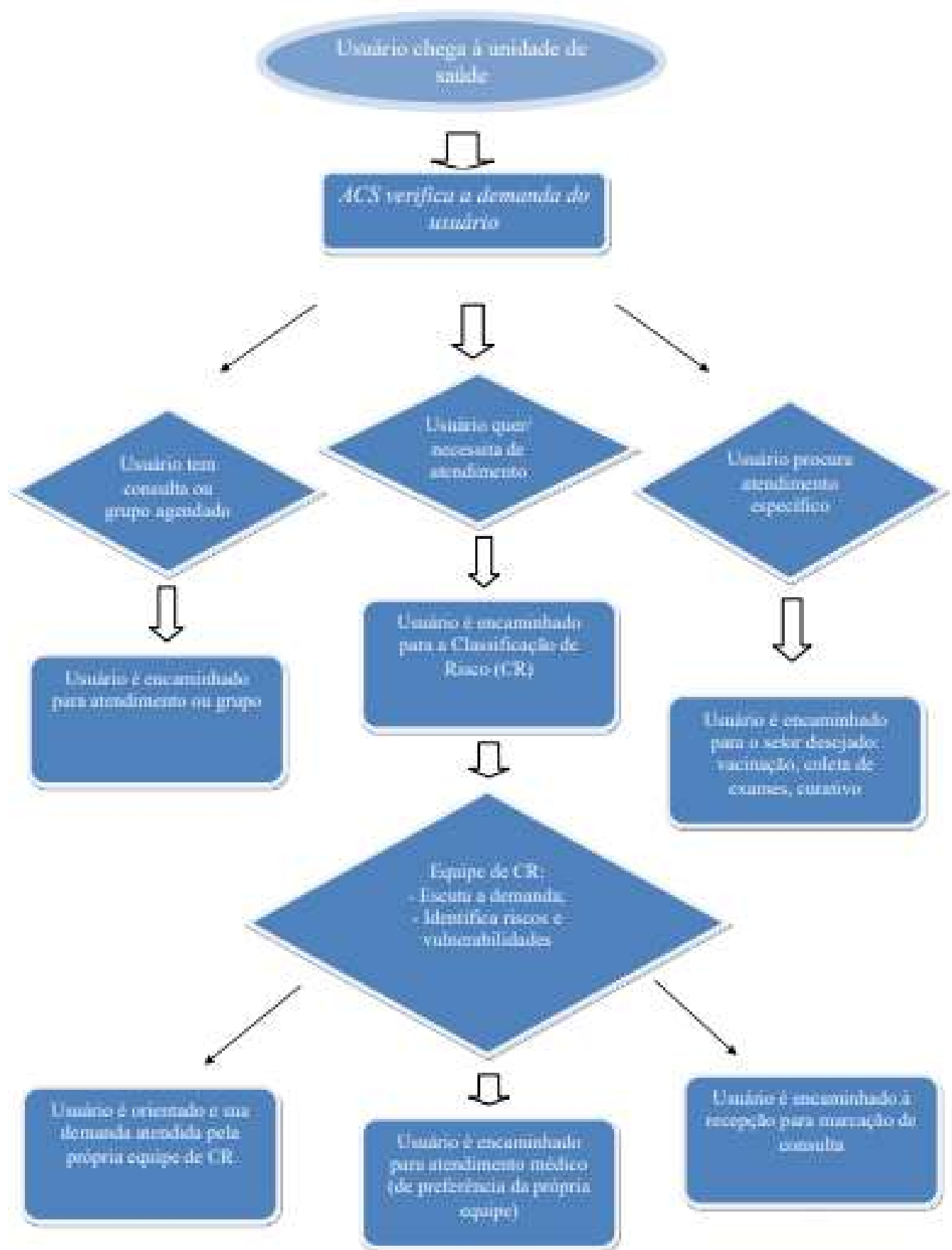
Como a equipe de Classificação de Risco na Clínica da Família Victor Valla funciona apenas no turno da manhã, existem algumas diferenças no acolhimento aos usuários durante o dia, assim como causa algum impacto na agenda das equipes.

“Agora, de tarde, todo mundo que chega, os agentes trazem pra gente ou pra enfermeira atender, a maior parte vem pra gente mesmo, pros médicos. E tem algumas pessoas que chegam de manhã que acabam não passando pela classificação de risco por ser alguém que eu já conheço, ou gestante, a gente não passa pela classificação de risco. Então tem um fluxo assim de atendimento que não necessariamente passa pela classificação de risco. ” (Profissional III)

“(…) Já foi feito um acordo entre nós enfermeiros que qualquer demanda de enfermagem que chegar o colega enfermeiro que está na classificação (que fica o enfermeiro e o técnico), esse colega vai classificar o risco e tentar resolver ali mesmo, entendeu? Então, ou seja, as demandas pra enfermagem que chegarem vão chegar fora do turno da classificação de risco, que é no período da tarde, porque se chegar demanda no período da manhã, qualquer que seja a demanda, passa pela classificação de

risco, menos os procedimentos – verificação da PA, de glicose, curativo, essas coisas não passam por aqui. ”
(Profissional IV)

Através das falas dos entrevistados, das conversas de corredor, das observações da pesquisadora, podemos ter o seguinte desenho do Fluxo de Acolhimento da Unidade:



Desta forma podemos entender um pouco como se realiza o fluxo do usuário pela unidade de saúde e que ações em saúde são ofertadas pelas equipes. Mas e a relação dessa construção com a demanda em saúde? Iniciaremos a discussão com esta pergunta.

5.2.2 – Organização da demanda pela oferta ou organização da oferta pela demanda?

Quando perguntados especificamente sobre a relação entre demanda e oferta em saúde, os trabalhadores sempre apontam a desproporção entre demanda e oferta, a tensão que se forma entre trabalhadores e usuários, sobre a incapacidade de dar solução a esse problema.

“A diferença é que hoje a demanda é infinitamente maior do que naquele período. A gente tem as vagas, mas acho que pelo o que a gente vive todo dia, a demanda sempre é muito maior que a nossa oferta. Então se eu conseguir ofertar 20 ou 10 vagas a mais hoje do que eu já disponho, ainda assim eu não consigo suprir a demanda que vem da população pra gente. Lógico que isso está associado a um monte de outras coisas porque a gente sabe que existe o absenteísmo, existe o paciente que superutiliza as vagas também, e isso amenizou muito depois que a gente adotou a classificação de risco aqui na unidade, porque as vezes aquele paciente que é azul, que ele vinha usando a unidade teoricamente desnecessariamente, não sei se é essa palavra, mas ele superutilizava as vagas existentes, ou ele é, na classificação de risco, aquela demanda que seria azul é resolvida pela própria classificação, ou é encaminhada pra equipe para um outro tipo de direcionamento que vai ser o agendamento. Mas é uma realidade completamente diferente daquela que a gente iniciou porque a demanda é muito maior.”
(Profissional IV)

“A gente tá tentando... A gente ainda é um pouco sufocado pelas demandas do dia-a-dia, principalmente por serem tão vulneráveis, que tem muita demanda de tudo, mas que a gente está tentando conseguir ter um outro olhar de outras formas pra poder ter uma coisa mais geral. A gente está tentando...não sei se a gente consegue ser totalmente, mas a gente está tentando cuidar das pessoas. ”
(Profissional III)

E a tensão que se forma pode gerar sofrimento tanto para os usuários quanto para os trabalhadores, e se traduzir em várias formas de violência.

“Eu acho que no início eu sofri muito porque eles (pacientes) eram muito agressivos: chutavam porta, gritavam, abriam a porta do consultório, falavam ‘vai demorar mais meia hora?’. Só ouvia reclamação. Vocês lembram do primeiro “Fala CHP2” que a gente fez? Que eu fiquei falando com os pacientes: ‘eu quase não durmo, eu chego aqui 7 horas, eu não almoço, e a gente não dá conta de atender.’ ” (Grupo focal/ Reunião de Equipe)

Franco (2003b) traz para discussão o problema do acesso que se forma quando há a contraposição da “baixa oferta” com a “grande demanda”. Em muitos serviços de saúde, a resolução do problema em questão era a instituição de instrumentos administrativos que se transformavam em barreiras de acesso, com um vasto elenco de iniciativas que tentavam não racionalizar, mas racionar a relação entre oferta e demanda, sem ter um propósito de ter um acesso universal e de qualidade, trazendo, assim, exclusão social.

Este não é o caso da unidade de saúde estudada, a Clínica da Família Victor Valla.

“Não sei se é a realidade de toda clínica da família ou de toda unidade que tem PSF, mas pelo menos com os

colegas que eu já conversei é bem mais tranquilo do que o trabalho que eu faço aqui. Não é essa loucura que é aqui, loucura de tudo, de atendimento médico, de atendimento de enfermagem. Não sei quem está certo, quem está errado. Não sei se a porta lá é entreaberta, se a porta é fechada em alguns horários do dia ou da semana, mas a nossa porta é aberta de segunda a sábado, escancarada. ” (Profissional IV)

A Unidade de Saúde ao passar pela reformulação no seu Acolhimento, gerando dentre outras coisas a equipe de Classificação de Risco, estava em busca de soluções para a questão da desproporcionalidade entre oferta e demanda.

“A classificação de risco surgiu tentando suprir essa loucura dessa demanda que bate a nossa porta de uma maneira que a gente não consegue ofertar as vagas, o serviço que a população necessita. Eu acho que isso é consequência da gente ser uma unidade de saúde da família que está não com as portas abertas, mas com as portas escancaradas. A gente dá o livre acesso ao paciente, a qualquer momento, mesmo aquele paciente que superutiliza a unidade. Então é o ônus da gente estar com a porta aberta, não sei se é demais ou é assim mesmo, mas é o preço que a gente paga. Eu acho.” (Profissional II)

Mas de que oferta e de que demanda estamos falando? Quando se fala sobre a desproporção entre oferta e demanda na saúde da família, entende-se acesso à consulta individual principalmente médica.

Existem diversas prováveis causas para esta questão, como já apontado anteriormente: relacionadas ao modelo assistencial, relacionadas ao processo de trabalho, relacionadas à formação profissional.

Dentre as questões relacionadas ao Modelo Assistencial que contribuem para esta

tensão acontecer é a centralidade da consulta médica/enfermagem individual como oferta de cuidado em saúde.

Ainda que ofertados de forma cada vez mais presente, outras formas de atenção são na sua maioria ações periféricas e pontuais, que servem de apoio à agenda médica individual: grupos a cada 15 dias, consultas/visitas domiciliares ou ‘atividades de campo’ uma vez por semana (exceto o Agente Comunitário de Saúde). Isto pode significar parte da grande contradição que existe e influencia as práticas e o cuidado em saúde.

O foco da oferta à consulta individual médica é reproduzida pela população atendida, gerando um ciclo em que a demanda em saúde/cuidados chega enquadrada como demanda em consulta médica.

Observamos, na unidade de saúde estudada, que este fenômeno ficou mais evidente com a reformulação do Acolhimento e a criação da equipe de Classificação de Risco, composta por enfermeiro e técnico de enfermagem.

“No iniciozinho, quando a gente iniciou a classificação de risco, os pacientes, você percebia, que eles burlavam isso: ‘Ah, eu não vou de manhã, porque de manhã tem aquela classificação chata onde eu tenho que ir no guichê de acolhimento, vão me mandar pra uma sala. ” (Profissional II)

“Agora, de tarde, no início, eles estavam vindo muito a tarde porque os pacientes estavam entendendo a classificação de risco como uma barreira porque agora pra passar pelo médico tem que passar pela classificação de risco e aí eles estavam vindo muito a tarde. E agora até que deu uma diminuída, mas eles estavam vindo muito a tarde porque sabiam que a tarde era mais fácil. ” (Profissional III)

Torna-se mais evidente também quando existe a falta do profissional médico em alguma equipe, como podemos observar na fala seguinte.

“Então hoje a população está muito descontente com o nosso processo. A gente deixou de ofertar tudo. E aí isso vai começar a ser amenizado a medida em que esses dois profissionais estão chegando. E aí a pressão em cima deles vai ser muito grande, tanto em relação a comunidade, quanto em relação aos próprios colegas de equipe porque o ACS que está lá na comunidade e eu que estou sempre na linha de frente no saguão, e o ACS que está no guichê, essa demanda chega primeiro na gente. O ACS lá, o ACS no guichê e eu que estou lá na frente, e aí a gente acaba transferindo essa demanda pro profissional médico que está dentro do consultório, que infelizmente também não consegue sair pra fazer visita no atual momento, porque ele tá apagando incêndio. Ele tá fazendo puericultura de criança que está desacompanhada, atendendo gestante, atendendo paciente com tuberculose, paciente hipertenso e diabético que está descompensado. A atual conjuntura da equipe está muito difícil. A gente está a deriva com dois capitães que acabaram de chegar.” (Profissional IV)

No deslocamento do eixo da centralidade do modelo médico centrado para o modelo usuário/população centrado, entende-se a importância da superação do planejamento baseado somente em Ações Programáticas em saúde ou de Vigilância da Saúde, modelos tecnoassistenciais que conformam a Estratégia de Saúde da Família no Brasil.

Esses Modelos Assistenciais trazem uma dada forma de planejamento em saúde, baseado em referenciais de saúde e doença, que conformam diagnósticos em saúde, que moldam ações em saúde.

Um dos passos na estratégia de organização das ações em saúde seria o diagnóstico em saúde, e no caso da Estratégia de Saúde da Família, o diagnóstico e a abordagem comunitária.

A construção do processo de Abordagem Comunitária tem por base um Território e a Comunidade que nele vive, as relações sociais entre as pessoas, as instituições, as organizações e a natureza de um determinado espaço local e são essas relações que determinam as características dessa proposta e as suas perspectivas futuras.

A Abordagem Comunitária propõe desta forma, a incorporação de novos sujeitos, extrapolando o conjunto de profissionais e trabalhadores de saúde, ao envolver a população organizada, o que corresponde à ampliação do objeto, que abarca, além das determinações clínico-epidemiológicas, no âmbito individual e coletivo, as determinações sociais que afetam os distintos grupos populacionais em função de suas condições de vida. Nesta perspectiva, a intervenção também extrapola o uso dos conhecimentos e tecnologias médico-sanitárias e inclui tecnologias de comunicação social que estimulam a mobilização, a organização e a atuação dos diversos grupos na promoção e na defesa das condições de vida e saúde.

Quando feito o questionamento sobre a realização de diagnósticos comunitários, os trabalhadores em saúde da Clínica da Família Victor Valla negavam a existência permanente dessa ferramenta, nem para de fato obter maior efetividade no modelo instituído – o médico-centrado. Citavam o diagnóstico de demanda como um dispositivo mais familiar no cotidiano das equipes.

“A gente tentou fazer diagnóstico de demanda no início desse ano. A gente fez um diagnóstico de demanda muito do que eles estavam recrutando aqui pra gente. Era receita... Como a gente podia organizar melhor nossa oferta de acordo com o que eles estavam procurando. Mas diagnóstico comunitário acho que a equipe já deve ter feito isso lá no começo, mas eu não participei. (...) Eu peguei uma planilha e botei o nome, o prontuário do paciente, porque eu não conseguia puxar essas coisas do Sistema, botava sempre o dia e a hora e o motivo. E dentre os motivos, quando eu fui separar, aí eu separei o que eles escreviam livremente, tipo: quero falar com a médica, quero fazer uma receita, to com dor de garganta, quero consulta no dia, ou quero marcar uma consulta de preventivo. Aí a

gente fez isso por uma ou duas semanas e a minha ideia era repetir, mas a gente não conseguiu. Foi em janeiro que a gente fez, depois eu fiquei um pouco desorganizada e aí não consegui fazer. Diagnóstico comunitário, eu não sei, a gente sempre tem as referências do Prontuário Eletrônico, de hipertenso, de gestante, a gente tem planilhas, que eu tentei fazer no passado pra mim, os pacientes que tinham tuberculose, e gestante, mas eu parei de fazer um pouco. Agora a enfermeira que entrou na equipe está voltando com essa parte de vigilância dos grupos programáticos, mas fazer um diagnóstico mesmo, acho que não...”
(Profissional V)

Porém houve na pesquisa uma equipe que se mostrou investindo no diagnóstico comunitário e planejamento das ações baseados na leitura própria de demandas e necessidades em saúde.

“Foi feito um diagnóstico antes da nossa entrada, dessa equipe nova, mas a gente atual, a gente não trabalhou em cima desse diagnóstico. Essa semana teve apresentação do diagnóstico da equipe de residentes multi, e foi assim muito interessante. Primeiro porque a gente não teve disponibilidade de tempo e a gente não se interessou muito em ver esse diagnóstico passado, foi muito corrido. Mas agora com a vinda deles, a gente vai administrar e é necessário trabalhar em cima disso. Eles trouxeram umas informações muito interessantes pra gente. E o nosso território está mudando muito, entendeu? A gente está cadastrando uma parte nova na área que a gente nem sabe ao certo se a gente vai ficar com essa área, a gente ainda está no processo de discussão. A gente tem uma área dentro da nossa comunidade, ela

já está sendo demolida por causa da obra do PAC, aí foi até uma das razões que levou a estar cadastrando uma área nova. Mas está ainda em discussão esse processo. Talvez esse diagnóstico não vá ser tão fidedigno assim, se a gente for pegar um outro território. Mas a gente está pensando, está se programando nas reuniões de equipe, a gente tem feito umas discussões a respeito disso, de estar trabalhando em cima do diagnóstico que as meninas fizeram, entendeu? Que elas fizeram, não, que elas lideraram e a gente participou.” (Profissional VI)

Desta forma, podemos sentir um terreno híbrido no que diz respeito à forma como se organiza a oferta em relação à demanda em saúde/cuidado.

Parece-nos que existe o predomínio da influência de modelagens tecnoassistenciais médico centradas como a Programação de Saúde (principalmente) e da Vigilância em Saúde, que partem do princípio de uma dada forma de entender as necessidades de saúde, conformando ações em saúde específicas para os chamados ‘grupos de risco’, cujo fazer médico é tido como central dentre as ofertas em saúde.

Mesmo nesses moldes, nem toda a informação gerada e mensalmente cobrada das equipes para o Sistema de Informação de Atenção Básica, o SIAB, foi citado como fonte de informação para diagnóstico e planejamento local em saúde, tornando de certa forma inútil parte do trabalho realizado pela equipe – cadastramento/ficha A, ficha B, etc.

5.3– A Produção do Cuidado na Clínica da Família Victor Valla

Para podermos analisar a produção do cuidado na CFVV, utilizamos as percepções acerca do cuidado ofertado pelos trabalhadores de saúde, através das entrevistas individuais ou através das falas em reuniões de equipe ou em conversas ‘de corredor’ nas observações feitas pela pesquisadora.

Propomos como grupos para análise algumas das dimensões da produção do Cuidado trazidas por Assis e colaboradores (2010) em seus estudos na Estratégia de Saúde da Família,

aqueles que foram mais relevantes durante a coleta de dados, a saber:

1. Acesso: Envolve a localização da unidade de saúde próxima da população a qual atende, os horários e dias em que está aberta para atender, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e a percepção da população quanto à conveniência destes aspectos do acesso (STARFIELD, 2004). Disponibilidade de recursos de saúde e capacidade da rede em produzir serviços que deem respostas às necessidades traduzidas em demandas pela população (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003)

2. Acolhimento: Ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda, em todo o percurso de busca (recepção, clínica, encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta). (SANTOS et al., 2007).

3. Vínculo: Estreita-se com o acolhimento, ampliando os laços relacionais, desenvolvendo afetos e potencializando o processo terapêutico (SANTOS; ASSIS, 2006).

4. Coordenação ou responsabilização pelo cuidado: Pressupõe “[...] alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas anteriores e novos. Inclui ainda o encaminhamento e acompanhamento do atendimento em outros serviços especializados” (STARFIELD, 2004, p. 63). Indica o espaço de relações e de responsabilização na ação de cuidar das pessoas, em um movimento voltado para a ampliação do ato terapêutico, valorizando as singularidades de cada usuário do serviço (CAMPOS, 2003).

Propomos ainda a análise do olhar de como esses dispositivos (acesso, acolhimento, vínculo e responsabilização) da Integralidade, ou do Cuidado Integral, perfazem a Clínica, ou seja, como produzem ressonância na ampliação da Clínica no cotidiano do trabalho em saúde.

5.3.1 Acesso

A dimensão Acesso foi muito comentada quando questionava-se sobre a oferta e a demanda na unidade estudada. A impressão dada pelo conjunto das falas é que a ‘demanda’ não cabia na ‘oferta’, gerando problemas de acesso.

Na CFVV, por turno são ofertadas em média 12 consultas médicas e 8 consultas de enfermagem para demanda programada. Para a ‘demanda espontânea’ são ofertadas 4 vagas.

Porém o número da procura por turno extrapola, às vezes em muito, esta oferta.

*“Mas tem equipes hoje em dia que... Vou falar de [equipe] Mandela de Pedra: eles dizem que se não tiver classificação de risco, eles não têm como atender porque vai vir tanta gente que ficaria inviável.”
(Profissional III)*

“A gente pediu – foi uma fala até na fase de cadastramento (...): ‘Olha, a gente pede paciência de vocês, porque a gente viu que tem muito idoso e muitas doenças crônicas e sem acompanhamento, então a gente vai priorizar esses pacientes que já são hipertensos, diabéticos, que estão sem acompanhamento e depois faremos os outros tipos de atendimento’.” (Profissional VI)

*“A diferença é que hoje a demanda é infinitamente maior do que naquele período. A gente tem as vagas, mas acho que pelo o que a gente vive todo dia, a demanda sempre é muito maior que a nossa oferta. Então se eu conseguir ofertar 20 ou 10 vagas a mais hoje do que eu já disponho, ainda assim eu não consigo suprir a demanda que vem da população pra gente.”
(Profissional IV)*

Em algumas falas vê-se que a questão do acesso gera opiniões controversas, em que ao mesmo tempo pensa-se sobre a expansão do acesso e sobre a restrição do mesmo.

*“Uma coisa que eu acho injusta com vocês [médicos] é quando dá meio-dia ainda estão atendendo. Porque chega paciente 11:40h: ‘Vamos esperar pra de tarde?’
‘Não, pra de tarde não, porque tem um monte que vai*

vir'. Então o acesso está muito amplo pra eles [usuários]. Demais...porque se precisar vir aqui a qualquer hora, você atende. Não estou pedindo pra você negar, mas pra você avaliar um pouco mais, será que dá... 'Poxa, em amanhã..'. Vamos abusar um pouco da Classificação de Risco.” (Reunião de Equipe/Grupo)

“A gente está desempenhando um bom papel. Eu conheci a Clínica da Família como usuária quando isso daqui abriu. Eu vim algumas vezes atrás de atendimento pra minha filha, precisei ficar esperando algumas vezes, e outras vezes eu falei ‘Não quero mais saber disso daqui’. Preferi ir pra UPA com ela. É um direito meu não querer usar o serviço. Assim como é um direito meu usar. Agora, abrir a porta pra todo mundo e falar: ‘Vem, continua vindo que eu vou atender todo mundo’, depois você se mata pra atender todas as pessoas. Aí no dia em que a médica está cumprindo aquela outra regra: ‘Não, a médica não é boa, a médica não faz isso, a médica não faz aquilo’, porque uma já abriu demais. Então a gente não tem que ser nem muito nem pouco.” (Reunião de Equipe)

A questão do acesso permeia todo o fazer coletivo dos trabalhadores da unidade, sendo uma constante razão de tensão dentro do processo de trabalho no cuidado aos usuários.

Apostando em uma resolução deste problema, como já contado anteriormente, houve uma tentativa de reorganização da oferta de ações em saúde e da produção do cuidado através da reorganização do Acolhimento.

Vemos, porém, que no imaginário de alguns trabalhadores da CFVV predomina o modelo de Pronto Atendimento como maior forma de cuidado aos usuários.

5.3.2 – Acolhimento como dispositivo da Escuta

O Acolhimento pode ser entendido como ‘ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação da escuta, construção de vínculo, garantia de acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços’ (Brasil, 2006).

Solla (2005) identifica três grandes aspectos envolvendo o conceito do acolhimento no SUS, dentre eles:

- 1- A prática do profissional de saúde frente ao usuário em seu processo de trabalho em equipe;
- 2- A ação gerencial de reorganização das práticas na unidade de saúde, visando melhor atender aos usuários e ampliar a capacidade de identificar e resolver os problemas;
- 3- A diretriz para as políticas de saúde, com o objetivo de criar, nos diversos pontos de atenção do sistema de saúde, a capacidade para dar respostas às demandas apresentadas e disponibilizar tecnologias alternativas mais adequadas.

O conceito de Acolhimento aqui adotado será o acolhimento como ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda, em todo o percurso de busca (Santos et al., 2007).

Neste sentido, a dimensão comunicacional do cuidado – o diálogo, que pressupõe a escuta do outro – mostrou-se na maioria das falas como ampliada no fazer cotidiano dos trabalhadores.

“Qualquer paciente que chega na unidade pra uma simples verificação de pressão, pra fazer um MAPA, ele tem sempre...as vezes ele vem verificar a pressão, mas ele tem um desabafo, ele vai te contar uma estória, que dentro dessa estória você consegue enxergar uma situação que as vezes necessita de um atendimento. Eu acho que o Saúde da família consegue enxergar o paciente de uma outra maneira. Eu consigo identificar isso nos pacientes que vem pra mim no dia-a-dia. Aprendi a ter um olhar diferente.” (Profissional IV)

“É como eu acabei de falar, você tem um jeito que eu enxergo como profissional que trabalha no Saúde da Família, é um jeito diferente de olhar pro paciente. É a saúde da família, né, quando vem a dona Maria, mas quando dona Maria senta na sua frente, você vai perguntar sobre seu José, seu esposo: ‘Como ele está, como está sua relação, está tudo bem? Teve algum aborrecimento?’. A gente vai sempre além da queixa, entendeu, então eu me vejo muito assim. Os pacientes tem a liberdade de chegar, abraçar, de chorar, entendeu? Então isso faz a diferença. Aí eu acho que não é só eu, Euziana, enfermeira, não, acho que todos que trabalham dentro do Saúde da Família tem isso de positivo. É diferente, a assistência é diferente. A abordagem é diferente.” (Profissional VI)

Mas essa escuta ampliada, esse olhar ampliado não é uma unanimidade. Existem falas que mostram a dificuldade de se ter uma abordagem mais integral, ou o acolhimento funcionando de fato, revelando um predomínio no olhar do cuidado como Pronto Atendimento, queixa-centrado, procedimento centrado.

“(…) Hoje o que eu percebo do atendimento médico é focado na doença. É o que eu percebo. Porque assim, o paciente quando entra no consultório, pra você saber muita das vezes a causa ou o motivo da doença dele, é a família, é o histórico cultural, familiar dele, e no momento o que eu tenho percebido é o problema na hora, quando muito no agora: estou passando mal agora, estou com dor de cabeça agora, to sem remédio agora.” (Profissional I)

“Ouvir é muito fácil, quem não é surdo escuta

perfeitamente. Mas daí você tomar o que você ouviu e você tomar pra sua vida profissional e você falar: 'Não, não tá bom, vamos rever, vamos fazer, vamos dar um jeitinho', depende de cada profissional. Então assim, espaço de escuta tem, mas se todos estão sendo ouvidos, não." (Profissional II)

A forma como se dá o acolhimento, a comunicação entre a equipe e o usuário acaba influenciando no relacionamento entre as partes, refletindo na clínica e na organização das ações em saúde.

"Eu acho que muito vem de como a gente se comunica com eles, desde o Fórum até como você abre ali a porta e explica: 'Tem tantas pessoas pra atender, eu vou atender nessa ordem, eu vou atender todo mundo, depois que eu vou almoçar'. Isso tudo vai passando como se ficasse mais claro pra eles, porque as coisas ficam muito nebulosas: 'Ah, porque fulano foi na minha frente? Será que eu vou ser atendido? Será que não vou ser atendido? E por que estou esperando aqui com dor?'. Eles vão ficando mais calmos. Não que de vez em quando não tenha algum estresse, mas melhorou muito, acho que o relacionamento com eles é muito melhor hoje em dia. E com a equipe como um todo. Apesar de que os agentes reclamam um pouco, a forma como eles chegam no acolhimento ser diferente da forma como eles chegam pra gente aqui atrás. (...)Na verdade, os pacientes não estavam indo mais a ouvidoria, como eles estavam indo antes, eles não estavam reclamando mais da gente como estavam reclamando antes. E aí ela chegou a conclusão que talvez a gente tivesse uma transparência maior no nosso processo de trabalho e eu acho que isso vem muito dos agentes também. Eles estão o tempo todo explicando como a gente funciona (...). Mas eu acho que a relação com os pacientes melhorou muito." (Profissional II)

Desta forma, pode-se perceber o quanto a escuta e a comunicação podem se apresentar de diversas formas dentro de um único equipamento de saúde, tornando heterogêneo o Acolhimento enquanto ato comunicativo.

5.3.3 – Vínculo e Responsabilização

Segundo Cunha (2010), o vínculo duradouro é sinônimo de uma relação terapêutica ao longo do tempo ou, ainda, de relação interpessoal contínua entre usuário e cuidador, caracterizada por confiança e responsabilidade.

Esta relação deve envolver confiança, padrão de comunicação, consideração dos problemas relatados pelo paciente e dos seus aspectos biopsicossociais (Caprara, 2004). E este tipo de relação aparece na fala dos trabalhadores da unidade estudada.

“Eu acho que o grande potencial do [Programa] Saúde da Família em relação ao cuidado é o fortalecimento do vínculo com o paciente. Mesmo com essa demanda que surge hoje, essa procura que a gente não consegue ofertar isso, eu conheço todos os pacientes, a menina que tinha 10 anos, que hoje está com treze, ou quatorze ou um pouquinho mais, e veio fazer um TIG, está gestante. Em relação a qualquer faixa etária. Acho que o grande diferencial das outras, de uma unidade que não tem Saúde da Família, é só um posto tradicional, ou de uma UPA, ou de qualquer outro hospital, acho que o vínculo que a gente faz com o paciente, a gente consegue olhar pra esse paciente de uma maneira diferente.” (Profissional IV)

“A gente tem um vínculo muito grande com os usuários, apesar de ser uma equipe nova, está há pouco tempo no território, o território ser novo, o Desup foi ocupado há pouco tempo, nossa equipe

praticamente iniciou junto com o território, e são pessoas que vieram de várias outras comunidades e ocupam os blocos do Desup. A gente tem essa boa relação com eles, não tem nenhum problema não.”
(Profissional VI)

A constituição do vínculo depende de movimentos tanto dos usuários, quanto da equipe de saúde. Do lado do paciente, somente constituirá vínculo quando ele acreditar que a equipe poderá contribuir de algum modo para a defesa da sua saúde (Campos, 2003). Do lado dos profissionais, a base do vínculo é o compromisso com a saúde dos que a procuram, ou seja, a base do vínculo é a responsabilização, que também pressupõe a continuidade do cuidado.

“Acho que a gente se responsabiliza pelos pacientes, a gente tenta ir atrás deles, mesmo que isso seja difícil. A gente está tentando dar continuidade nos casos que a gente discute. Isso também é difícil porque a gente tem muitos casos, e às vezes a gente se perde um pouco. A gente dá um enfoque a um, aí vem o outro, e aí aquele primeiro não procura a gente por um tempo, e a gente também acaba não procurando. A gente tá tentando.”
(Profissional III)

“E aí eu digo: não é um paciente qualquer, é um paciente que eu sei quem é, sei onde mora e o vínculo me faz saber, não em todos os casos, às vezes o quanto aquele paciente é vulnerável, o quanto aquele paciente necessita de uma atenção, de uma acolhida maior as vezes que o outro.” (Profissional V)

E alguns trabalhadores apontam problemas na questão da responsabilização/compromisso com o cuidado gerando restrição de acesso e ruídos no vínculo.

“A gente quis separar muito a situação: ‘Paciente que é dessa área, fulano que atende, paciente que é da outra área, só cicrano que atende’. Então por muito tempo continuou dessa maneira. E a gente identificou que não dá certo. A gente de maneira gradativa identificou que se o paciente chegou pra verificar uma pressão, o paciente chegou pra fazer uma administração de medicamento ou qualquer outra demanda que seja da enfermagem e teoricamente o técnico de enfermagem tem que fazer, quem está na unidade tem que fazer. (...) Lógico que preservando o vínculo com a equipe.” (Profissional IV)

6.3.4 – A Integralidade do Cuidado: o olhar e o fazer dos trabalhadores na Clínica Ampliada

Mattos (2001) sistematizou três sentidos sobre a ‘integralidade’, a saber: como traço da boa medicina; como modo de organizar as práticas, e como respostas governamentais a problemas específicos de saúde.

O ‘traço da boa medicina’ é ligado à atitude de recusa a redução do paciente ao sistema biológico, e portanto, a queixa (biomédica) do usuário. Para se alcançar a integralidade, seria necessário superar alguns limites da racionalidade médica.

Desta forma, o autor traz como ilustração deste sentido o profissional que busca reconhecer: a experiência do sofrimento para além das demandas explícitas; as necessidades de ações de saúde, como as relacionadas ao diagnóstico precoce ou à redução de fatores de risco; ou outras necessidades que não as diretamente ligadas à doença, como a necessidade de uma conversa.

E através das falas dos trabalhadores que podemos perceber como se dá a ‘boa medicina’, ou a boa clínica, ou o cuidado integral em saúde.

“(...) Eu não vejo as minhas médicas com aquele olhar só curativo, aquela coisa focada na doença. Eu não consigo vêlas assim muito. A gente sempre tem aquela

preocupação até mesmo na consulta de estar indo um pouquinho além da queixa. É aquilo, né, nem sempre o paciente está vindo com aquela queixa, mas existem inúmeras outras coisas que podem estar causando aquela queixa, então a gente tem esse cuidado.”
(Profissional VI)

“A gente aprendeu. Nenhum introdutório, nenhuma ambientação me ensinou a como manejar o seu Fernando. Você pode pegar qualquer outro profissional que tenha uma vasta caminhada no Saúde da Família. Quem me ensinou a cuidar do seu Fernando foi ele. Foi botar ele sentadinho do lado e ouvir, ouvir o que ele tem pra falar, ouvir a queixa.”
(Profissional IV)

Porém esse olhar integral no cuidado aos usuários não parece ser unânime.

“Porque assim, o paciente quando entra no consultório, pra você saber muita das vezes a causa ou o motivo da doença dele, é a família, é o histórico cultural, familiar dele, e no momento o que eu tenho percebido é [olhar/atuação da equipe para] o problema na hora, quando muito no agora: estou passando mal agora, estou com dor de cabeça agora, to sem remédio agora. Então assim, eu ainda não vi a equipe progredindo.” (Profissional I)

Na direção da integralidade como imagem-objetivo, um caminho apontado seria da ampliação do olhar da clínica, dentro do modelo biomédico hegemônico. Segundo Campos (1997), essa superação se daria em dois aspectos interligados: o reconhecimento dos limites ontológicos dos saberes em relação à singularidade do Sujeito, ou seja, o reconhecimento dos limites do Universal para leitura do Singular; e a partir disso utilizar-se das diferenças

singulares do Sujeito doente para a produção de um projeto terapêutico que leve em conta essa diferença. A esse movimento o autor denomina de Clínica Ampliada.

A proposta da Clínica Ampliada engloba os seguintes eixos fundamentais (Brasil, 2009):

1. Compreensão ampliada do processo saúde-doença.

2. Construção compartilhada dos diagnósticos e terapêutica tanto na direção da equipe de saúde, dos serviços de saúde e da ação intersetorial, como no sentido dos usuários.

3. Ampliação do objeto de trabalho para que pessoas se responsabilizem por pessoas. A proposta de Equipe de Referência e Apoio Matricial contribui muito para a mudança desta cultura. Poder pensar seu objeto de trabalho como um todo em interação com seu meio é uma das propostas e desafios aqui colocados.

4. A transformação dos meios ou instrumentos de trabalho: arranjos e dispositivos de gestão que privilegiem uma comunicação transversal na equipe e entre equipes (nas organizações e rede assistencial). Mas, principalmente, são necessárias técnicas relacionais que permitam uma clínica compartilhada.

5. Suporte para os profissionais de saúde: criar instrumentos de suporte aos profissionais de saúde para que eles possam lidar com as próprias dificuldades, com identificações positivas e negativas, com os diversos tipos de situação.

Neste sentido, as falas dos trabalhadores apontam para alguns movimentos em direção à Clínica Ampliada.

“(...) Olhar aquele paciente ou tal vulnerabilidade de cada um num ângulo diferente. Constrói um olhar mais crítico pra gente sim, do dia-a-dia. Mas falando mais grosseiramente, a gente tem a prática do cuidado é no dia-a-dia mesmo, com as situações adversas que aparecem a todo momento. Então a gente aprende a cuidar cuidando, no dia-a-dia.” (Profissional IV)

“O médico vai atender o paciente olhando pela integralidade, e aquele mesmo paciente que for atendido numa interconsulta, por exemplo, o psicólogo está do lado, ele vai complementar o atendimento, mas

cada um tem um olhar diferente, ou mesmo os dois médicos, dependendo da formação, eu acho que talvez a grande diferença seja essa.” (Profissional II)

E emergem na maioria das equipes dispositivos de construção coletiva do cuidado, no sentido da ampliação do olhar clínico.

“E a gente está conversando agora de tentar fazer uns planos terapêuticos sempre envolvendo a família e não só um indivíduo, até porque a maioria que a gente pega é a família inteira que está precisando do cuidado. E eu acho que os meus agentes tem uma boa visão do cuidado para a família, da abordagem familiar.” (Profissional III)

“Olha, eu não sei se isto está pra além, mas a gente cria um momento dentro da nossa reunião de equipe onde a gente discute os casos. A gente tem uns casos cabeludos, que aí envolve o NASF, e não fica só na reunião de equipe. A gente discute aquela situação e a gente enxerga a necessidade de outros parceiros. Na maioria das vezes são as questões sociais mesmo. Graças a Deus a gente tem essa equipe (de residentes) multiprofissional que tem ajudado muito. Porque aí tem que ligar pra CRE [Coordenadoria Regional de Educação], tem que ligar pra não sei o que, tem que conseguir vaga na escola pra menino, então a gente perpassa um pouco do...quando a gente vê a gente tá totalmente envolvido.” (Profissional VI)

“Então se a gente precisasse na reunião de equipe era o momento coletivo da equipe, que a gente ia discutir até os casos trazidos pelos agentes, e a gente além

dessa reunião de equipe, a gente tinha em algum momento da semana, ou quinzenalmente, a equipe técnica se reunia: eu, médico e enfermeiro, a gente se reunia pra planejar as nossas ações, o que a gente podia aparar de aresta, o que a gente fez, mas que não ficou legal porque a gente não articulou de maneira comum, então a gente tentava se afinar dessa maneira pra tentar planejar as ações ou de uma maneira diferente, ou que a gente podia fazer.” (Profissional V)

Parece-nos que existem movimentos no sentido da integralidade do cuidado, que emergem no processo de trabalho, porém ainda de forma inconstante.

6.4 – O trabalho em equipe na Clínica da Família Victor Valla

O trabalho em equipe passa a constituir, desde sua gênese, um dos aspectos relevantes das propostas de reorganização dos serviços de saúde na perspectiva da atenção integral em saúde. O trabalho multiprofissional não tem o caráter só de racionalização da assistência médica, no sentido de garantir a melhor relação custo-benefício do trabalho médico e ampliar o acesso e a cobertura da população atendida, mas também responde à necessidade de integração disciplinar e profissional, entendida, a partir da concepção integral do processo saúde-doença, como imprescindível para o desenvolvimento para as práticas de saúde (Peduzzi, 2007).

A importância do trabalho em equipe para o alcance da imagem-objetivo da Integralidade aparece em falas dos trabalhadores da Clínica da Família Victor Valla.

“Eu acho que seria uma potencialidade na nossa equipe e na unidade como um todo, e isso que eu vou falar não é em relação a forma interpessoal, da maneira que a gente se trata um com o outro, mas de uma maneira mais profissional. Os profissionais como um todo, a gente não é unido de forma a prestar o cuidado da maneira integral. Eu acho que a gente

peca. Acho que isso seria uma coisa que iria fortalecer o Saúde da Família, se a gente fosse mais unido, mais coeso.” (Profissional IV)

Porém, poucos profissionais descreveram um trabalho em equipe integrado, interdisciplinar, na lógica da atenção integral em saúde, na unidade estudada.

“(…) A gente tinha uma afinidade bem grande e a gente conseguia fazer as engrenagens do nosso trabalho funcionarem bem bacana. Lógico que por uma questão mesmo, que eu não vou saber te explicar, eu tinha uma afinidade maior com um profissional que com o outro, mas o trabalho e si, o trabalho que tem que se fazer com o cuidado com o paciente, que envolvia médico, enfermeiro e técnico, aquilo era casado de maneira muito bacana.” (Profissional II)

A impressão que se tem pela maioria das falas é que existem diversos problemas no trabalho em equipe, que acaba muitas vezes por se tornar fragmentado, hierarquizado e centrado na figura do médico.

“Eu acho que cada um no seu quadrado, cada um pensando na sua meta, no seu objetivo e na sua progressão. É muito complicado, porque eu vivi em outra equipe, que era uma equipe totalmente unida, voltada pra equipe, as vezes o colega poderia estar errado que ele defendia com unhas e dentes, depois chamava a atenção, mas era uma equipe. Todo mundo falava uma língua só. Na equipe que estou agora, (...) hoje não é a mesma coisa, cada um por si, sempre focando na meta que quer pra sua própria vida. (...) Então assim, não existe equipe. E acho que isso dificulta muito o acesso as famílias, ao entendimento do cuidado. Se você não cuida da sua equipe, você não

tem capacidade pra cuidar das famílias porque uma equipe ela é uma família, se um está caído todos os outros devem estar dispostos a levantar, não ser babá, mas ajudar sim como equipe. No trabalho hoje na equipe, eu não vejo como uma equipe, e sim como pessoas individuais que tem objetivos na unidade, seja progredir, seja bater sua própria meta, e cada um por si e Deus por todos.” (Profissional I)

E esta fragmentação da equipe acaba por se refletir na fragmentação do cuidado.

“Então era muito assim: às vezes o médico fazia conduta, o enfermeiro fazia a conduta, e eu fazia o procedimento. E muitas situações, a própria fala do paciente, as nossas informações se desencontravam porque a gente não estava afinado naquele cuidado. Então ficou, em algumas situações, três atendimentos individuais pro mesmo paciente. Que a gente deveria estar afinado pra cuidar daquilo. Isso aconteceu nesse caso que eu te falei que foi complexo, do Seu Ezequias. E um grande problema que a gente teve com essa família foi não saber falar a mesma língua. Foi uma coisa que se tornou muito difícil pra gente saber manejar, porque a gente não conseguiu se afinar no cuidado daquele paciente. Não se afinar : os três profissionais falarem a mesma língua. Mas assim, o que eu fazia, o que o profissional médico e o que o profissional enfermeiro faziam, o cuidado era feito de maneira integral e correta, mas a gente não estava falando a mesma língua. Que infelizmente confundia bastante aquela família.” (Profissional IV)

No exercício cotidiano do trabalho multiprofissional há, de fato, inúmeras

dificuldades de articulação e de integração, pois os profissionais das diferentes áreas tendem a reconhecer cada uma delas como se fosse peculiar e constituída isoladamente. Além disso, cada uma das profissões em saúde mantém a doença como fenômeno apreendido fundamentalmente nos níveis individual e biológico, perpetuando assim a hegemonia do modelo biomédico. (Peduzzi, 2007).

A fragilidade de articulação e integração aparece ainda para além do núcleo de uma equipe de saúde da família. Aparece na fragmentação gerada na unidade entre as equipes. Os momentos em que acontece articulação de ações e práticas em saúde não são frequentes.

“Nós somos 6 equipes, mais a equipe de rua, a gente está dentro da unidade, mas a gente ainda atende de maneira muito setorial. As equipes atendem de maneira muito pra dentro da sua equipe, muitas vezes individualista. A caixinha do Samora, a caixinha do Mandela, a caixinha do CHP2. Acho que a gente não consegue se enxergar como uma grande força. Nessa galera toda, de todos os profissionais, em algum momento, o elo está quebrado, se enfraquece. Eu não consigo enxergar a gente coeso. Se a gente fosse bem unido, bem fechado nesse atendimento, a classificação de risco a gente falaria de uma maneira mais fácil. Ainda existem algumas situações em que a classificação de risco peca. O próprio relacionamento entre as equipes quando é relação profissional-profissional em alguns momentos se perde. Então isso ia melhorar muito, ia fortalecer se a gente fosse mais unido.” (Profissional IV)

6.5 – Capturas do Trabalho Vivo em Ato

Quando pensamos na relação entre Trabalho Morto (instrumentos, conhecimentos prévios estruturados) e o Trabalho Vivo (campo das relações) podemos inferir se um determinado serviço produz um cuidado mais burocratizado, procedimento-centrado, ou um cuidado mais baseado em tecnologias leves, de relação, usuário-centrado.

Observamos na seção anterior como o cuidado em saúde – mais ou menos integral – emergia a partir do processo de trabalho dos profissionais da unidade em questão. Nas falas dos trabalhadores também conseguimos perceber algumas nuances de captura do Trabalho Vivo, dificultando assim o alcance do cuidado integral.

“Então quando eu digo que pra dentro da equipe eu poderia fazer um trabalho pro saúde da família muito mais rico, muito mais, ofertar mais coisas pro cuidado, e eu sou utilizado pra situações em que eu sou demandado pela unidade, que são situações que a gente tem que dar conta sim, mas a gente é visto como executor de tarefas por muitos profissionais aqui dentro, que não compartilham o cuidado. ”
(Profissional II)

“Hoje a atual conjuntura, a gente é utilizado mais como serviço braçal das demandas que a unidade tem. Eu não consigo fazer visita, eu não consigo fazer grupo, porque a unidade, devido a essa demanda dessa população as vezes por algum tipo de procedimento e por outros fatores – deficiência de RH, deficiência de algum profissional que esteja de licença – a gente não consegue fazer o trabalho, eu não consigo hoje fazer o trabalho que eu fazia em 2010, em 2011, porque eu estou muito restrito as unidades de produção dentro da clínica. Eu tenho que estar auxiliando o enfermeiro dentro da classificação de risco, eu tenho que fazer..estar na vacina, estar na sala de procedimento, fazer eletro, agora tem esterilização. Então a unidade demanda da gente um trabalho que me deixa impedido de fazer o trabalho que eu deveria fazer dentro de uma equipe de saúde da família. ” (Profissional IV)

Percebemos também na crítica de alguns trabalhadores a predominância do Trabalho Morto- em forma de protocolos, metas, burocratização – sobre o Trabalho Vivo.

“Eu acho que a equipe cuida no intuito da meta, no intuito: ‘Vou atender os marcados, vou atender a demanda porque eu tenho que bater a meta’. Então assim, é o cuidado imediato, não é o cuidado contínuo que gere uma promoção de saúde, é um cuidado agora, não é um cuidado de promoção.” (Profissional I)

O que é mais percebido pelo conjunto de trabalhadores é a captura da criatividade do trabalho vivo no cuidado integral pela cobrança de um padrão de ações em saúde.

Segundo campos (1997), os trabalhadores são considerados ‘caixas vazias’, que devem ser orientados pelas normas, por meio dos programas, que estabelecem e padronizam ações, das capacitações e dos manuais, que levam as orientações programáticas aos trabalhadores, esperando-se normalizar e ordenar seu trabalho.

“Por falta de tempo na agenda, o próprio sistema cobra metas, cobra isso, cobra aquilo outro, ‘trocentas’ coisas de você que te impossibilitam. Como é que o sistema fala pra você que tem que fazer 240 atendimentos dentro do consultório e pede pra você fazer 32 visitas domiciliares? Que sistema é esse que fala em prevenção, atenção primária, quando ele dita pra você que tem que ficar mais dentro da casinha cinza que é a clínica da família do que fazer visita domiciliar? Então o próprio sistema fala pra você não fazer isso, ele fala pra você fazer diferente. ”
(Profissional VI)

6 - DISCUSSÃO

Para tentar entender as questões abertas por essa pesquisa, foi realizado um caminho de análise dos discursos sobre as práticas em cuidado em saúde na unidade de saúde na qual fazia parte como trabalhadora. Partindo da curiosidade crítica da pesquisadora sobre o seu próprio trabalho e sobre a Estratégia de Saúde da Família no Rio de Janeiro, tentou-se buscar respostas para uma das questões que permeiam a Atenção Primária a Saúde em qualquer realidade brasileira: ‘Como não fazermos mais do mesmo?’ (Cecílio, 2011).

Esta pergunta – que poderia resumir grande parte das inquietações de quem se encontra comprometido com a Atenção Primária a Saúde de qualidade – pode conter diversas questões dentro dela, questões que há muito fazem parte do cotidiano dos trabalhadores e gestores.

Cecílio (2011) discute a ‘quimera’ da Atenção Básica e diz que a Rede Básica está sendo operada de fato, de modo muito distante de tudo o que tem sido proposto, pensado e investido para que ela pudesse se transformar na imensa e generosa porta de entrada para o SUS.

“Variados e complexos elementos, sem uma hierarquia e relação de causalidade entre eles, parecem ir interagindo e conspirando para transformar a rede básica idealizada em simples quimera, entre eles a difícil fixação do médico e o seu não “encantamento” com o projeto de construção do SUS como política pública generosa e inclusiva; a eterna defasagem entre a oferta de serviços que, por mais que seja ampliada, parece nunca dar conta de uma demanda sem fim, que nos provoca e desafia; a percepção desta demanda interminável, pelos trabalhadores, como impeditivo para que realizem o bom cuidado, causando sofrimento e frustração para aqueles alinhados com um projeto de SUS de qualidade; a “deformação”, na prática, de um conjunto de dispositivos pensados para melhorar a qualidade do atendimento, como, por

exemplo, o acolhimento, uma estratégia pensada para abrir as portas das unidades, acolher as necessidades, produzir cuidado, que em várias experiências tem se transformado em barreira para o acesso; a impotência das equipes de saúde diante dos “problemas sociais” que invadem suas agendas, etc.” (Cecílio, p. 283, 2011).

A escolha deste trabalho foi embrenhar-se pelos meandros da organização da oferta e demanda e a produção do cuidado. Caminhos obscuros porque ainda não desvendados totalmente. A esperança era de encontrar respostas que pudessem ajudar a criar soluções para o ‘problema da demanda’. O termo que sempre ouvimos e falamos pelos corredores como trabalhadores ou enquanto gestores de uma unidade de saúde e que tentamos a todo custo resolver como se fosse uma questão somente de reorganização da mesma e velha oferta em saúde.

Algumas respostas foram encontradas. Muitas perguntas também. Senão vejamos. As perguntas colocadas por este estudo foram: De que forma a oferta de práticas assistenciais se relaciona com a demanda da população atendida? O encontro trabalhador-usuário na unidade estudada tem produzido cuidado integral? Quais os problemas na organização das ações em saúde na unidade estudada que dificultariam o cuidado integral?

Foi observado que a unidade de saúde da família Clínica da Família Victor Valla além da oferta de serviços das unidades produtivas em comum - como farmácia, vacinação, curativos, procedimentos (aferição de pressão arterial, administração de medicamentos injetáveis, etc), coleta de exames laboratoriais, eletrocardiograma e ultrassonografia – oferece ações em cuidado que as equipes operam em separado, mas que é comum a toda a unidade: consulta médica individual, consulta de enfermagem individual, consulta médica e de enfermagem em domicílio, grupos educativos e/ou terapêuticos, visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde.

Percebe-se que alguns grupos são operados de forma separada em cada equipe, mesmo sendo de formas e objetivos semelhantes (grupos de hipertensos, grupos de diabéticos, grupos de gestantes).

Existem somente duas grandes atividades em grupo que são geridas para todo o conjunto de usuários da clínica – o grupo de ‘Planejamento Familiar’ e o ‘Academia

Carioca’, de atividade física.

Mas o que é observado com a pesquisa é que a consulta individual, principalmente médica, tem a centralidade no conjunto de ofertas em cuidado em saúde. Mesmo havendo outros tipos de ofertas, como os grupos, estes acabam por ficar como ‘satélites’ no cuidado, a maioria para tentar desafogar sem êxitos a agenda de consulta individual (médica e de enfermagem). Agenda essa que tenta abarcar tanto os usuários da chamada ‘demanda espontânea’ como os usuários da chamada ‘demanda programática’.

Esta forma de organizar o serviço de saúde, ou melhor, de organização da agenda de cuidados tem suas origens na história da Atenção Primária a Saúde no Brasil.

A origem dos Centros de Saúde no Brasil foi influenciada pela concepção norte-americana de Saúde Pública, segundo a qual o cuidado em saúde comporia dois grandes sistemas: um de assistência clínica – hospitais, serviços de urgência, consultórios etc. – e outro de Saúde Pública (vigilância). Os Centros de Saúde seriam um dos operadores do setor de Saúde Pública. Eram organizados em programas preventivos e de controles de doença: puericultura, pré-natal, tuberculose e outros problemas de relevância coletiva. Segundo os autores, O PSF, criado em 1994, foi bastante influenciado por essa perspectiva, destacando-se as Diretrizes da intersetorialidade, de intervenção no território, a abordagem da família ou de coletivos, que persistem até hoje (Tesser et al, 2010).

A abordagem clínica individual era justificada por programas de saúde, com temas sanitários considerados relevantes pela epidemiologia. A introdução da lógica epidemiológica no contexto da organização do dia a dia era proposta pela “Programação em Saúde” e pela “Vigilância à Saúde” (Tesser et al, 2010).

Outra forma de conceber a APS que influenciou a Saúde da Família foi a organização do Sistema de Saúde tendo a Atenção Primária à Saúde como porta de entrada, valorizando assim a capacidade clínica de resolução dos problemas de saúde.

Com todas essas influências, o modelo típico de serviços públicos de APS no Brasil poderia ser comparado a qualquer repartição ou órgão público, com horários rígidos, guichês de recepção com funcionários administrativos, cardápio de serviços organizados em forma de agenda, centrada em consultas médicas e, quando muito, de enfermagem. Neste modelo, o número de vagas na agenda é limitado, sendo preenchidas por ordem de chegada (Tesser et al, 2010).

A Clínica da Família Victor Valla, assim como toda unidade de Saúde da Família do município do Rio de Janeiro, possui semelhanças e diferenças a esse modelo apresentado.

Os horários para atendimento ou realização de algum procedimento são mais flexíveis; a recepção é realizada pelo Agente Comunitário de Saúde – em uma tentativa de aproximação com a população atendida; a maior parte do cardápio de serviços é organizada em forma de agenda, ainda centrada em consultas médicas e de enfermagem.

A centralidade da consulta médica (e de enfermagem) individual justifica-se pela hegemonia do modelo biomédico, mesmo que sejam apresentadas ‘linhas de fuga’ na direção da integralidade e desmedicalização.

Segundo Franco (2003b), o modelo hegemônico – biomédico -, também chamado pelo autor de ‘modelo médico produtor de procedimentos’, convive com o grave problema de sua baixa resolutividade, retroalimentando a fila da Unidade de Saúde. Este modelo, expressando o exercício da clínica de forma restrita em relação sumária e descuidada com os usuários, tendo sua prática assistencial com fim no corpo biológico, reduz a eficácia da assistência nos serviços de saúde (Franco, 2003b). O autor exemplifica este problema na ‘queixa’ de muitos trabalhadores de que os usuários vão ao serviço ‘toda semana’, identificando um conhecido personagem – o ‘poliqueixoso’ crônico. Define como o grande ruído denunciador de mau atendimento.

Para o saber biomédico, o diagnóstico é uma categoria central, reduzindo a leitura do sofrimento do doente à história clínica e a dados do exame físico, que gerariam hipóteses na busca da doença, constructos deste modelo (Tesser, 2006). Assim, as doenças são vistas como ‘coisas’, relacionadas a lesões a serem investigadas no interior do corpo físico e corrigidas com alguma intervenção correta (Camargo Jr, 1993).

No movimento de focalização da atenção na doença, como entidade distinta e alheia ao sujeito, no modelo biomédico as intervenções terapêuticas resumem-se a três grandes tipos, conforme Tesser (2006):

- 1) Combate à etiologia e sua eliminação se possível, comum nas chamadas doenças infecciosas e parasitárias;
- 2) Intervenção nos mecanismos fisiopatogênicos ou na sua expressão, para seu controle, usadas em doenças não-infecciosas e crônicas;
- 3) Combate aos sintomas, que carrega grande força econômica e cultural, disseminação social e expansão ideológica no meio biomédico e nas populações.

Para o autor, esses três tipos de intervenção se realizam por meio de três tipos de tecnologias: farmacológicas, higienodietéticas (que estão no campo da prevenção) e cirúrgicas.

Nesse sentido, o saber biomédico apoia-se principalmente nas tecnologias dura e leve-dura, predominando de forma excessiva sobre as tecnologias leves, relacionais (Merhy, 1997a).

Outra característica do saber biomédico é o relacionamento autoritário com os doentes, que devem se submeter aos profissionais e aprender deles o saber científico, único verdadeiro para cumprimento eficaz do tratamento e prevenção (Tesser, 2010).

O conhecimento gerado na biomedicina amplia a capacidade de intervenção material no corpo e nos seus mecanismos fisiopatológicos concebidos e conhecidos, convergindo assim técnica, filosófica e politicamente com a medicalização social (Tesser, 2006).

A medicalização social se origina no momento em que a regulação médicosanitária da vida é utilizada como estratégia para ordenar a relação entre Estado e indivíduos, sendo a medicina uma instituição ou disciplina como a escola, o exército, os presídios, que auxiliam e constituem o Estado moderno nessa tarefa de organizar a vida coletiva e individual (Tesser, 2010).

Desta forma, a ação profissional nesse ambiente de ideias e valores tende a transformar toda queixa em síndrome, transtorno ou doença de caráter biológico, desligando-a da vida vivida pelo doente (Tesser, 2010).

E o chamado Complexo Médico Industrial investe cada vez mais na renovação de métodos diagnósticos e terapêuticos, estimulando o desenvolvimento de novos medicamentos pelas indústrias farmacêuticas, excitando os interesses capitalistas, ocasionando a medicalização da prática médica, o que transformou em consumidores os, até o momento, usuários dos serviços de saúde, os quais visavam obter esse conjunto para solucionar problemas emoldurados pela ciência como doença ou para lograr uma melhor qualidade de vida (Blank e Brauner, 2009).

Consumidores cada vez mais vorazes de mais e mais cuidado e de tecnologias especializadas, sendo isto um efeito de uma iatrogênese social e cultural, além da iatrogenia clínica individual que a biomedicina produz.

Nesse sentido, a ação da biomedicina pode diminuir a capacidade das pessoas sobre sua própria vida, ambiente e saúde, sobre suas vivências e sofrimentos cotidianos (Tesser, 2010). O excesso de função e de uso de uma ferramenta social-tecnológica ou seu monopólio pode induzir ao que Illich (1981) denominou de contraprodutividade: uma ação paradoxal em que o resultado é o contrário do que o esperado: hospital que produz doença.

No caso do presente estudo, em uma interpretação crua, se a centralidade da oferta é

de consulta médica individual, serão produzidos cada vez mais ‘consumidores’ deste produto, tornando a demanda sempre maior que a oferta. Para Franco e Merhy (2005), a busca pelo serviço de saúde se dá através da percepção que o usuário tem do que é ofertado pelo serviço.

Os autores trazem contribuições sobre a demanda em três aspectos:

1. A demanda se constrói a partir da oferta, ou seja, ninguém demanda aquilo que sabe que não pode ser obtido no serviço de saúde;

2. A demanda para um determinado serviço de saúde se constrói a partir da não realização de certas necessidades, como por exemplo a busca frequente por tratamento feito pelo portador de doença crônica, fazendo o perfil de usuário dependente dos serviços, isto é, que ‘não se cuida’, produzindo usuários ‘sujeitados’ à lógica da dependência de procedimentos e não usuários sujeitos, com autonomia no seu modo de andar a vida;

3. Associação da solução dos problemas de saúde a certos produtos realizados pelo serviço, como se, por exemplo, um exame fosse capaz por si só de proteger a saúde das pessoas.

Neste sentido, como é o caso da Unidade de Saúde estudada, é formado uma permanente tensão nos serviços de saúde, em grande parte gerada pelo ‘paradoxo da demanda’: excesso de consultas/exames/procedimentos demandados e ao mesmo tempo grande absenteísmo (pela demora da marcação ou pela resolução do problema em questão); excessiva demanda de consultas/exames/procedimentos em contraposição à capacidade dos serviços absorverem toda a necessidade; tensão entre usuários e profissionais de saúde pela divergência entre a ‘construção imaginária da demanda’ e a percepção de necessidade tecnicamente orientada pelo profissional.

Esta ‘percepção de necessidade tecnicamente orientada pelo profissional’ pode ser construída por sobre apenas a avaliação centrada nos saberes-fazeres bimédicos (portanto centradas na doença e/ou no risco de tê-las), ou pode ser construída a partir de uma lógica usuário centrada, a partir de uma escuta qualificada, responsabilização e olhar ampliado/integral em saúde.

A partir desses paradoxos podemos encontrar as fontes de conflito existentes nos serviços de saúde, que ao mesmo tempo são reveladores do seu funcionamento, da capacidade de se produzir cuidado centrado nos procedimentos ou cuidado centrado nos usuários (Franco & Merhy, 2005).

No caso do município do Rio de Janeiro, em uma forma de incentivo a um “bom

desempenho” das equipes de Saúde da Família, investe-se no pagamento por desempenho, “visando a melhoria da qualidade, premiando a excelência, ao mesmo tempo que promove o aumento do acesso aos serviços de saúde”. O desempenho das equipes é medido através de alguns indicadores – acesso, desempenho assistencial, satisfação do usuário, eficiência, gestão da clínica. A maior parte deles toma a consulta médica/ de enfermagem como parâmetro central da avaliação, podendo induzir a um modelo assistencial procedimento centrado.

Neste estudo, na Clínica da Família Victor Valla, quanto à produção do cuidado pode-se perceber através das falas dos profissionais entrevistados um ‘terreno híbrido’. Híbrido porque a produção do cuidado ora se mostra centrado em procedimentos, em atos pré-formulados, em fazeres pré-moldados pelo Modelo Tecnoassistencial, ora se mostra centrado no usuário, integral, produtor de cuidado-cuidador, que gera linhas de fuga no sentido da integralidade.

A unidade de saúde analisada encontrava-se, no momento do estudo, avaliando as primeiras mudanças geradas por uma grande discussão e reformulação da organização do Acolhimento, na qual o seu produto mais significativo fora a implantação da Classificação de Risco para acolhimento da chamada ‘Demanda Espontânea’.

Em algumas falas, percebe-se que este dispositivo representou para os usuários, pelo menos em um primeiro instante, em mais uma barreira de acesso. Acesso à consulta médica individual.

Esta representação repete-se em momentos de falas de alguns profissionais de saúde locais, principalmente daqueles que estão diretamente ligados à porta de entrada da Unidade de saúde.

Percebe-se como esse dispositivo por si só pode ser um grande catalisador da heterogeneidade da produção do cuidado na Atenção Primária de Saúde: tanto pode ser mais um espaço de cuidado integral, de qualificação da escuta, como pode ser de produção de procedimentos, ou restrição no acesso caso se comporte como ‘triagem’.

Porém essa forma heterogênea de cuidado não é produzida somente no espaço da Classificação de Risco. Ela se reproduz em outros campos de encontro trabalhador em saúde-usuário, como as consultas clínicas, ou os grupos ou outros dispositivos.

E essa diferença se conforma no ‘Trabalho Vivo em ato’, como nos traz Merhy, mesmo que controlado por certa regulação organizadora.

Na maioria das falas dos entrevistados constata-se o quão ‘capturadores do Trabalho

Vivo em ato' podem ser os modelos assistenciais traduzidos em formas de organizar o processo de trabalho na saúde da família e na forma de manter esta organização – por exemplo, na cobrança das metas assistenciais (em número de consultas ou outros procedimentos).

Na Estratégia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro aquilo que mais se oferta e o que mais se cobra pela gestão é o número de consultas individuais (médicas, enfermagem e odontologia), em detrimento dos grupos, visitas domiciliares, ou qualquer outro dispositivo que possa ter talvez um impacto maior no cuidado integral da população adstrita.

Em um exercício simples, ao somarmos as consultas médicas produzidas em 2012 pela CFVV, descritas no Quadro III, chegamos ao total de 12901 consultas médicas realizadas neste período. Em contrapartida, no mesmo período, foram produzidas 453 atividades de grupo. Em outro exemplo, retirado do “Placar da Saúde” da CFVV em abril de 2013, vemos que o número de consultas médicas e de enfermagem totaliza 2.974, enquanto que o número de Visitas Domiciliares realizadas por esses mesmos profissionais totalizam 128. São dispositivos diferentes, com objetivos no cuidado diferentes, que guardam implicitamente certa proporcionalidade com a modelagem em que são construídas as práticas em saúde – tendência maior à centralidade da consulta médica.

É preciso refletir sobre o modo como se organiza o cuidado aos usuários em seu sofrimento, em sua demanda, pois parece que a organização das ações é realizada a partir de leituras parciais sobre a população que é atendida pela unidade de saúde. Este fato é sinalizado quando a maioria dos trabalhadores entrevistados desconhece se em algum momento fora realizado uma forma de diagnóstico comunitário ou mesmo diagnóstico da demanda em saúde local. Esta realidade nos mostra talvez um alinhamento maior com um modelo assistencial do que outro.

Na CFVV podemos perceber através das entrevistas e pela observação da pesquisadora que a organização das práticas em saúde locais é influenciada por diversos modelos assistenciais: 1) Modelo do Pronto-Atendimento, padrão queixa-conduta, principalmente na ‘porta de entrada’ representada na Classificação de Risco; 2) Modelo da Programação em Saúde, evidenciado principalmente nas agendas médicas e de enfermagem; 3) Modelo da Vigilância em Saúde, o qual seu maior representante seja a prática do Agente Comunitário de Saúde; 4) Modelo em Defesa da Vida, que se traduz no fazer cotidiano das unidades nas propostas de Projetos Terapêuticos Singulares e da ‘Clínica Ampliada’.

O modelo do Pronto Atendimento ainda é o vigente nos serviços primários de saúde no Brasil, baseando-se na queixa-conduta e não na atenção integral ao indivíduo, muito menos nas ações em defesa da vida coletiva (Ramos e Lima, 2003).

O Pronto Atendimento é prática muito comum no Brasil desde meados da década de 1970, com a criação dos serviços de Pronto Atendimento Médico (PAM) pelo INAMPS, como resposta à falta de atendimento às populações que migraram para as periferias das grandes cidades brasileiras. Vale lembrar a definição de Pronto Atendimento Médico como aquele organizado pela procura espontânea; centrado na queixa principal; com baixo grau de utilização de técnicas de investigação clínicolaboratorial e de referenciação a especialidades médicas; alto grau de utilização de terapêuticas medicamentosas; falta de registro sistemático das informações sobre o paciente; contato pontual ou único do paciente com o médico ou serviço de saúde, sem rotinas e garantias de retorno ou agendamento; falta de vinculação clientela / equipe e clientela / serviço (NEMES, 1996).

É interessante notar que muitos autores preconizavam como contraponto a este modelo a proposta da Programação em Saúde. Além de ser um componente do processo de planejamento, acabou por se tornar uma forma de organização dos processos de trabalho em saúde e, portanto, um novo modelo assistencial. As Ações Programáticas em Saúde foram definidas como:

“o conjunto de práticas que, a partir de um referencial epidemiológico, tomam como seu objeto de intervenção a saúde e a doença no coletivo, utilizando como instrumento de intervenção diversas atividades que são articuladas e organizadas no sentido de produzirem um efeito sobre a saúde no plano coletivo”
(SALA, 1993, p.118).

É interessante notar que estes dois modelos acabaram por se tornar complementares na prática das Equipes de Saúde da Família. O modelo da Programação em Saúde cumpre o papel de atender as diretrizes estabelecidas nas políticas de saúde continentais (OMS-OPS) e nacionais (SUS). Já o Pronto Atendimento dá conta de satisfazer a necessidade de atenção dos demandantes por cuidados médicos, num contexto amplo do que já foi aqui tratado, da medicalização.

Não é de se espantar, portanto, que a hipótese inicial deste trabalho, de uma tensão permanente entre a oferta e demanda, é de uma forma ou de outra, reforçado pela convivência muito predominante destes dois modelos, em detrimentos de outros aqui abordados e descritos.

Como dito anteriormente, a organização do cuidado na CFVV se mostra híbrida, ora procedimento-centrada, ora centrada no usuário, produzindo cuidado integral.

Mas mesmo na maioria das vezes aprisionados pela lógica organizacional médico-centrada produtora de procedimentos, decerto que os trabalhadores da unidade de saúde estudada mobilizam linhas de fuga em direção à ampliação do olhar clínico, ao cuidado integral. Estas linhas de fuga se dão em geral no plano da Clínica – no sentido do encontro trabalhador-usuário.

Alguns autores discutem a Clínica, apontando caminhos em direção à integralidade. Podemos entender a clínica como sendo uma interação complexa entre os Sujeitos, um encontro entre dois Sujeitos singulares e co-produzidos – um profissional e um doente, uma equipe e um doente, uma equipe e um Sujeito Coletivo, por exemplo, uma família ou uma comunidade (Cunha, 2004). Cada um desses sujeitos é co-produzido por forças Universais (as Instituições) e Particulares - Biológico, Interesses, Desejos (Campos, 2000).

A revisão do papel e da importância da Clínica para o desenvolvimento de uma atenção integral à saúde pode seguir na direção produzida pela valorização, reflexão e instrumentalização dos conteúdos cognitivos, dos modos de agir e de comunicar presentes nas relações intersubjetivas do cotidiano das práticas em saúde (Favoreto, 2008).

Esta perspectiva dialógica, que coloca médico e paciente em posições equidistantes, é obstaculizada, a princípio, pela posição de poder e hegemonia ocupada pelo médico no diálogo com o paciente. Este é um poder que se legitimou historicamente através de sua articulação com o cientificismo biomédico ajudando a formar a tríade medicina-ciência-poder que influencia o modo do médico olhar para o mundo e de expressar-se usando uma linguagem própria e codificada por este saber.

Deste modo, o encontro com o paciente pode se limitar apenas a uma busca por elementos definidores de diagnóstico e tratamento das lesões. Neste saber-fazer da Clínica Tradicional predomina uma comunicação de caráter informativo, investigativo, normativo e limitador da liberdade e da autonomia do outro. (Favoreto, 2008).

O diálogo neste caso fica bloqueado pelo desconhecimento e/ou desvalorização da importância de uma sabedoria prática do paciente sobre o seu processo de saúde/doença-

cuidado.

A Clínica Tradicional pode ser uma força externa ao Sujeito, que em vez de contribuir para sua saúde e autonomia, contribui para sua submissão, pois o encontro médico-paciente pode ser um mecanismo de controle social reprodutor de ideologias e produtos sociais (Cunha, 2004). Neste sentido, o diagnóstico e seus desdobramentos podem colonizar e dominar a vida, produzindo uma situação apontada por Foucault : “separa o indivíduo, quebra sua relação com os outros, fragmenta a vida comunitária, força o indivíduo a voltar-se para si mesmo e o liga a sua própria identidade de um modo coercitivo”.

A mudança de perspectiva para a clínica compreende além das transformações de cenários, das organizações de processo de trabalho, do papel social e das posturas ideológicas ocupadas pelo médico ou da integração de novos saberes e atores à prática, também o desenvolvimento de elementos de sabedoria prática do clínico que não são inatos com a estruturação: da fala e da escuta dos sujeitos envolvidos no cuidado em saúde; da noção de autonomia das pessoas no processo saúde-doença-cuidado, que implica no reconhecimento de que ambos os sujeitos devem ter espaço e voz no processo; da dimensão terapêutica da relação médico-paciente, compreendida como um ritual onde são construídos símbolos que possuem outros tipos de mudanças que podem ocorrer no nível da psicologia individual e da vida social dos pacientes (Favoreto, 2008).

Para este autor, no universo dos encontros clínico-terapêuticos, a sabedoria prática dos médicos, envolvida pela ideologia do cuidado, buscaria integrar às suas práticas elementos como: a escuta capaz de contextualizar as “estórias” de vida das pessoas; o silêncio receptivo capaz de traduzir a acolhida sem preconceitos com aqueles que buscam atenção; o toque que não apenas escrutina o interior dos corpos, mas que oferece materialidade e humanidade à relação que se estabelece entre duas pessoas; as posturas corporais e um discurso que incorporem a ética através de uma relação mais equidistante entre aquele que cuida e quem é cuidado.

A Clínica Ampliada assume uma responsabilidade muito maior do que tratar “o doente e não a doença”: trata-se de reconhecer o compromisso com o Sujeito e sua capacidade de produção de sua própria vida.

Para isso, a própria clínica tem que se reconhecer enquanto instrumento de uma instituição muito forte (instituição médica). A proposta não é que a clínica abra mão de seus poderes de intervenção (simbólicos e teóricos), mas sim que reconheça esses poderes, com seus limites e riscos e os utilize a favor dos Sujeitos e não apenas a favor dela mesma,

podendo ser então uma afirmação de liberdade.

Campos (1997) diagnosticou uma polaridade entre a tendência universalizante do conceito de doença da biomedicina versus a singularidade dos sujeitos. Inspirado nos avanços da luta anti-manicomial, delimitou um campo de problemas ligados à prática clínica, não exatamente dependentes de pertencerem a esta ou aquela racionalidade ou campo disciplinar, mas dependentes principalmente do “hábito” de atribuir excessivo peso ao conhecimento produzido a partir da busca de verdades universais ou gerais, em detrimento do conhecimento obtido a partir do reconhecimento da singularidade/complexidade de cada situação/caso. Cunha (2004) apresenta a proposta de incluir como instrumento relevante para a prática clínica ampliada o conceito de coprodução dos sujeitos. Desta forma, têm-se um instrumento flexível de articulação e/ou síntese dos recortes disciplinares e suas tipologias.

Para Campos (2007), a clínica é inseparável da gestão. Na saúde, uma certa cultura organizacional nega a incerteza e a discussão coletiva e estimula um tipo de clínica reduzida e especializada/fragmentada. Neste sentido a clínica dominante e a gestão tradicional apoiam-se e co-produzem-se. É por esta razão que a proposta da Clínica Ampliada é complementar à proposta de co-gestão, e que diversos dispositivos e arranjos organizacionais, como o Projeto Terapêutico Singular, a Equipe de Referência/Apoio Matricial e co-gestão, são necessários e justapostos à proposta de clínica ampliada.

Neste sentido, a Clínica da Família Victor Valla ensaia apoiar-se em diversos dispositivos da Clínica Ampliada enunciada pelo autor, como Projeto Terapêutico Singular, Apoio Matricial (como ocorre em grande parte da Estratégia de Saúde da Família do Rio de Janeiro) e co-gestão. Ensaio porque nem sempre esses dispositivos são ‘utilizados’ na sua plenitude de possibilidades.

Outro aspecto relevante no processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família com vistas à produção do cuidado integral que foi lembrada pelos entrevistadores foi o trabalho em equipe.

Peduzzi (2007) contextualiza o trabalho em equipe no campo da saúde. Destaca três aspectos na história do trabalho em equipe: o primeiro diz respeito à noção de integração formulada e divulgada pelo movimento da Medicina Preventiva, dos anos 1950, da Medicina Comunitária de 1960 e pelos programas de extensão de cobertura e de Integração Docente-Assistencial inspirado nos dois primeiros; o segundo aspecto refere-se à mudança na abordagem de saúde e doença, que transitam entre as noções de unicausalidade, multicausalidade e determinação social; o terceiro liga-se às alterações no processo de

trabalho em saúde com base na busca de ampliação do objeto de intervenção, redefinição da finalidade do trabalho e na recomposição e introdução de novos instrumentos e tecnologias.

A ideia de equipe de saúde parece estar respaldada principalmente pela noção de atenção integral ao paciente, tendo em conta os aspectos preventivos, curativos e de reabilitação que deveriam ser contemplados a partir dos conceitos de processo saúde-doença, de História Natural da Doença e da estratégia de integração. No entanto, mantém-se a centralidade do médico, em torno do qual se agregarão os outros trabalhos especializados (Peduzzi, 2007).

No estudo, pode-se constatar mais uma vez a heterogeneidade que existe dentro de uma unidade de saúde. Enquanto equipes se comportam como ‘equipe-integração’, outras se comportam como ‘equipe-agrupamento’. Equipe-integração é assim chamada quando as ações se articulam e os agentes interagem. Já equipe-agrupamento as ações se justapõem e os profissionais apenas se agrupam (Peduzzi, 2007).

O trabalho em equipe na saúde tem a tarefa de reunir diferentes disciplinas, diferentes saberes e fazeres, como um grande dispositivo articulador, (possível) produtor de flexibilização das fronteiras disciplinares – tangendo a transdisciplinaridade. Neste sentido um potente recurso na busca da produção do cuidado integral.

Este tipo de possibilidade – a da transdisciplinaridade – é no momento um tanto quanto distante da realidade do modo em que se operam as equipes na CFVV. A integração dentro da equipe é relatada por menos da metade dos profissionais entrevistados. Houve relatos de justaposição de ações que acontecem não só dentro de uma equipe como entre as equipes, dentro da unidade de saúde.

Desse modo, ainda convivemos dentro da Estratégia de Saúde da Família – que surgiu como possibilidade de nova forma de pensar e produzir saúde a partir de uma perspectiva individual e coletiva – com a valorização de atos de saúde como procedimentos, ou seja, modelo médico-centrado em procedimentos (Pires, 2007), mesmo apresentando ‘linhas de fuga’ na direção do cuidado integral.

7- CONCLUSÃO

Este estudo fora realizado em uma unidade de Saúde da Família do município do Rio de Janeiro inaugura em 2009, no início do movimento de expansão da Atenção Primária a Saúde.

Pode ser considerada uma ‘Unidade Modelo’, porque além de se formar como unidade exclusivamente do modelo da Saúde da Família, é considerada como unidade escola, pois recebe alunos de graduação e pós-graduação de diversos cursos.

Desta forma, poderíamos pensar que esta unidade refletiria também um ‘modelo’ na produção do cuidado em saúde.

Em geral, pode-se dizer que a atenção em saúde nos serviços básicos padece em termos de pouca quantidade e baixa qualidade, não satisfazendo a quem quer que seja dos sujeitos envolvidos na atenção. Mesmo onde se tenta organizá-los e fazê-los funcionar bem as dificuldades são inúmeras e o sucesso é parcial. Assim sendo, podemos considerar que há uma “crise da atenção à saúde”, a qual envolve múltiplos aspectos e dimensões: uma crise multifacetada, atravessada por fatores macro e microsociais, culturais, socioeconômicos, políticos, institucionais, gerenciais, etc. (Tesser, 1999).

O debate em torno do processo de trabalho tem se mostrado extremamente importante para a compreensão da organização da assistência à saúde e, fundamentalmente, de sua potência transformadora, particularmente quando nos debruçamos sobre a micropolítica de organização do trabalho. Verifica-se que, no modelo médico-hegemônico, a distribuição do trabalho assistencial é dimensionada para concentrar o fluxo da assistência no profissional médico. No entanto, observa-se que há um potencial de trabalho de todos os profissionais que pode ser aproveitado para cuidados diretos ao usuário, elevando assim a capacidade resolutiva dos serviços. Isso se faz, sobretudo, reestruturando os processos de trabalho e potencializando o Trabalho Vivo em ato, como fonte de energia criativa e criadora de um novo momento na configuração do modelo de assistência à saúde (Franco, 2003).

Neste contexto se insere também a unidade estudada, assim como possivelmente toda a rede de Atenção Primária a Saúde do município do Rio de Janeiro. O desafio que se coloca aos que trabalham com saúde é o de construir processos de produção de saúde que sejam capazes de se firmar com novas referências para os usuários, dando-lhe segurança de que um modelo centrado nas tecnologias relacionais tenha a potência de cuidar tal como ele imagina e deseja (Franco & Merhy, 2005).

Também se faz necessária a aposta no diagnóstico comunitário como grande ferramenta no planejamento em saúde da população adscrita. O diagnóstico constitui o elemento ‘chave’ de reflexão sobre o cotidiano do serviço. Objetiva identificar problemas; estabelecer prioridades; observar fatores que limitam o desenvolvimento das atividades; instituir diretrizes para a definição de ações a serem implementadas e, sobretudo tornar clara a realidade da instituição de forma a possibilitar que o planejamento seja adequado (Ribeiro et al, 2012).

Desta forma, para além de uma ampliação do acesso aos equipamentos de saúde, a Atenção Primária a Saúde necessita da qualificação do cuidado que se produz, pautado nas tecnologias relacionais, integral, cuidador, que se estabelece nos espaços de encontro trabalhador-usuário, no Trabalho Vivo em ato.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, MBS; Rocha, PM. **Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (2): 455-464, 2007.

ASSIS, MMA et al. **Dimensões teóricas e metodológicas da Produção do Cuidado em Saúde. In: Produção do Cuidado no Programa de Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários.** Assis, MMA et al. Salvador, 2010.

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

AYRES, JRCM. **Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]., vol.6, n.1, pp. 63-72, 2001.

AYRES, JRCM. **Cuidado e reconstrução das práticas de saúde.** *Interface – Comunicação, saúde e educação*, v8 n14 p. 73-92. set 2003- fev 2004.

AYRES, JRCM. **Organização das ações de Atenção á Saúde: modelos e práticas.** *Saúde e Sociedade*, v.18, supl.2, 2009.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1979.

BLANK, DMP; BRAUNER, MCC. **Medicalização da Saúde: Biomercado, justiça e responsabilidade social.** *JURIS*. Rio Grande. 14: 7-24, 2009.

BOFF, L. **Saber cuidar: Ética do ser humano – compaixão pela terra.** 17 ed. – Petropolis, RJ : Vozes, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial.** Brasília (DF): MS; 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde.** Rio de Janeiro, Brasil. Ministério da Saúde/ FIOCRUZ, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde,** Brasília: Ministério da Saúde, 44p, 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS_PNH.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** Clínica Ampliada e Compartilhada. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** 2012

BURILLE, A. Gerhardt, TE. **Itinerários terapêuticos de homens em situação de adoecimento crônico: a busca por cuidado e as arranhaduras da masculinidade.** In: *Díasporas, Diversidades, Deslocamentos.* 2010

CAMARGO Jr, KR. **Das necessidades de saúde a demanda socialmente constituída.** In: **Construção Social da Demanda: direito a saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.** Org: Pinheiro, R.; Mattos, RA. Rio de Janeiro.CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2010.

CAMARGO Jr, KR. **Um ensaio sobre a (in)definição da integralidade.** In: Pinheiro,R; Mattos, RA. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.* Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003.

CAMPOS, GWS. **A clínica do Sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada.** 1997

mimeo DMPS-UNICAMP.

CAMPOS, GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p.229-66.

CAMPOS, GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

CAPRARA, ARJ. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência e Saúde Coletiva* 2004; 9(1): 139-46.

CECÍLIO, LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: Pinheiro, R; Mattos, RA. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2001.

CECÍLIO, LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface (Botucatu)* [online]., vol.15, n.37, pp. 589-599, 2011.

CECÍLIO, LCO. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazer ‘mais do mesmo’?. *Saúde Soc. São Paulo*, v.21, n.2, p.280-289, 2012.

CONILL, EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, suppl.1, pp. s7-s16

COSTA, GDet al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *RevBrasEnferm*, Brasília 2009 jan-fev; 62(1): 113-8.

CRUZ, MCC. O conceito de cuidado à saúde. 150fl, 2009. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

CUNHA, EM. **Vínculo Longitudinal na Atenção Primária: avaliando os modelos assistenciais do SUS.** Tese de Doutorado-ENSP/ Fiocruz, 2009.

CUNHA, GT. **A construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica.** Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP. 2004

CUNHA, MS. **O processo de trabalho em equipe e a produção do cuidado em saúde: desafios para a estratégia de saúde da família em Nova Iguaçu/RJ.** / Marcela Silva da Cunha. Rio de Janeiro: s.n., 2010. 216 f.

DEJOURS, C. **Subjetividade, trabalho e ação.** Revista Produção, v. 14, n. 3, p. 027-034, Set./Dez. 2004

FAVORETO, CAO. **A prática clínica e o desenvolvimento do cuidado integral à saúde no contexto da Atenção primária.** Rev. APS, v. 11, n. 1, p. 100-108, jan./mar. 2008.

FERNANDES, TM; COSTA, RGR. **Comunidade de Manguinhos: histórias de pessoas e lugares. Memórias de um bairro popular do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro. 2009.

FERREIRA, MAD; CORDÓN, J. **Abordagem de comunidades nas práticas de saúde.**

Disponível em:

<http://200.189.113.52:2080/Espp.nsf/56ee6668e5d6550203256e3700430a5b/730d46d4a631922c03256e66003b370c?OpenDocument>

FRANCO, TB; MERHY, EE. **Programa de Saúde da Família, PSF: Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial.** In: Congresso da Associação Paulista de Saúde Pública, 1999, Águas de Lindóia: APSP; 1999.

FRANCO, TB; MERHY, EE. **A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde.** In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. Construção Social da Demanda:

Direito à Saúde, Trabalho em Equipe, Participação e Espaços Públicos. 1 ed, Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

FRANCO, TB. **Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG)**. In: Merhy EE, Magalhães

FRANCO TB, Junior, HM, Rimoli J, , Bueno WS. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec; 2003.

FRANCO, T.B. **Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do Sistema Cartão Nacional de Saúde**. 240 f. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas – Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2003b.

GERHARDT, TE; et al. **Determinantes sociais e práticas avaliativas de integralidade em saúde: pensando a situação de adoecimento crônico em um contexto rural**. In: PINHEIRO,R; MARTINS, PH (Orgs). Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009. P. 287-298.

GOMES, LOS. **Processo de trabalho no programa de saúde da família: na ótica da equipe de saúde** / Liane Oliveira Souza Gomes, Jequié 2011.

GOULART, FAA. **Atenção Primária à Saúde: conteúdos e trajetórias**. Memórias da Saúde da Família no Brasil. Ministério da Saúde. 2010

HAGUETTE, TMF. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 3ª ed. Rio de Janeiro. Vozes: 1992.

HARDT, M. **O trabalho afetivo**. In: Pelbart, PP & Costa R. Cadernos de Subjetividade. O reencantamento do concreto. Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade do Programa de Estudos Pós- Graduated em Psicologia Clínica da PUC-SP. Editora Hucitec/Educ. São Paulo, 2003.

ILLICH I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina.** 4ª ed. São Paulo: Nova Fronteira; 1981.

JUNGES, JR et al. **Processos de trabalho no Programa Saúde da Família: atravessamentos e transversalidades.** Rev. esc. enferm. USP vol.43 no.4 São Paulo Dec. 2009

CAMARGO Jr., KR. **Racionalidades médicas: a medicina ocidental contemporânea.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993. (Série Estudos em saúde coletiva, 65).

LUZ, MT. **Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje.** In: Pinheiro R, Mattos RA. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2004.

MALTA, D.C; MERHY, E.E. **A micropolítica do processo de trabalho em saúde, revendo alguns conceitos.** Revista mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, v. 7, n.1,2, p. 61-66, jan./ jun. 2003.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política.** São Paulo: Abril Cultural, 1983.

MATTOS, R. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.** In: Pinheiro, R & Mattos, R (Org). Os sentidos da Integralidade na Atenção e no cuidado em saúde. Rio de Janeiro, 2001.

MENDES-GONÇALVES, RB. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades.** São Paulo: Centro de formação dos Trabalhadores em Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 1992. Cadernos CEFOR 1- Série Textos

MERHY, EE. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.** In: Merhy, EE & Onocko, R (Orgs). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo. HUCITEC: Buenos Aires. 1997a.

MERHY, EE. **O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo)**. In: Fleury, S (Org). Saúde e democracia, a luta do CEBES. São Paulo. Lemos, 1997b.

MERHY, EE. **O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais**. Ciênc. saúde coletiva [online]. vol.4, n.2, pp. 305-314, 1999.

MERHY, EE. **Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde**. Interface (Botucatu) [online]., vol.4, n.6, pp. 109-116, 2000.

MERHY, EE. **Saúde: A cartografia do trabalho vivo**. São Paulo. Hucitec, 2002.

MERHY, EE; CECÍLIO, LCO; NOGUEIRA, RC. **Por um modelo técnico assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as Conferências de Saúde**. Cadernos da 9ª Conferência Nacional de Saúde: Descentralizando e Democratizando o conhecimento. vol. 1. Brasília, 1992.

MERHY, E.E. & FRANCO, T.B. **Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional**. In Saúde em Debate, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. HUCITEC-ABRASCO. São Paulo-Rio de Janeiro, 1998.

MOREIRA, LCH. **Clínica, cuidado e subjetividade: uma análise da prática médica no Programa Médico de Família de Niterói a partir dos encontros no território**. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro: UFRJ/ Faculdade de Medicina, 2012.

NEMES, MIB. **Prática programática em Saúde**, in SCHRAIBER, L; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Saúde do adulto: programas e ações na Unidade Básica. São Paulo: Hucitec, 1996. 289 p

OSORIO, RG; SERVO, LMS; PIOLA, SF. **Necessidade de saúde insatisfeita no Brasil: uma investigação sobre a não procura de atendimento.** Ciênc. saúde coletiva [online]., vol.16, n.9, pp. 3741-3754, 2011.

PAIM, JS. **Vigilância a Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde.** In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.161-71.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde na perspectiva de gerentes de serviço de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população.** Tese de livre docência. São Paulo, 2007.

PINHERO, R. et al. **Demanda á saúde e direito à saúde: Liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas da integralidade.** In: Pinheiro, R; Mattos, RA. Construção Social da Demanda: direito á saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ:ABRASCO, 2010.

PIRES, MRGM. **Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar.** Ciênc. saúde coletiva [online], vol.10, n.4, pp. 1025-1035, 2005.

PIRES, MRGM; GOTTEMS, LBD. **Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico metodológico.** Rev. bras. enferm. vol.62 no.2 Brasília Mar./Apr. 2009

PIRES, VMMM. **Integralidade do cuidado no processo de trabalho das equipes de saúde da família: Desafios na construção de uma prática de relações.** Dissertação. Feira de Santana, 2007.

POLIGANO, MV. **História das políticas de saúde no brasil. Uma pequena revisão.** Online. <http://dgx64hep82pj8.cloudfront.net/PAT/Upload/170052/mimeo-23p.pdf>

QUEIROZ, DT et al. **Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde.** R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, abr/jun; 15(2):276-83, 2007.

RAMOS, DD; LIMA, MADS. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, fev., 2003.

REIS, VM; DAVID, HMSL. **O Fluxograma Analisador nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica.** Rev. APS, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 118-125, jan./mar. 2010.

RIBEIRO, PC; PEDROSA, JI; NOGUEIRA, LT; SOUZA, MF. **Ferramentas para o diagnóstico comunitário de saúde na consolidação da estratégia saúde da família.** Tempus – Acta de Saúde Coletiva. 2012

ROSA, WAG, LABATE, RC. **Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência.** Rev Latino-am Enfermagem; 3(6):1027-34, 2005.

SALA, A. A. **A avaliação de programas de saúde.** In Programação em Saúde Hoje. Hucitec, São Paulo, 224pp. 1993.

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

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

SANTOS, FPA. **Processo de trabalho das equipes de saúde da família na produção do cuidado aos usuários com Hipertensão arterial.** Dissertação – Universidade Estadual da Bahia, 2010.

SCHRAIBER, LB, MENDES-GONÇALVES, RB. **Necessidades de saúde e atenção primária.** In: Schraiber, LB, Nemes, MI B, Mendes-Gonçalves, RB, organizadores. Saúde do adulto: programa e ações na unidade básica. São Paulo, Hucitec; 1996.

SOLLA, J.J.P. **Acolhimento no sistema municipal de saúde.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 5, n. 4, p. 493-530, out./dez. 2005.

STARFIELD, B. **Atenção primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

TESSER CD. **A biomedicina e a crise de atenção à saúde: um ensaio sobre a desmedicalização.** Dissertação. 1999. Campinas.

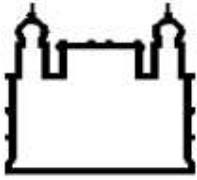
TESSER, CD. **Medicalização Social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica.** Interface, Comunicação, Saúde e Educação, v10, n20, p347-62, jul/dez 2006.

TESSER, CD; NETO, PP; CAMPOS, GWS. **Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família.** Ciência & Saúde Coletiva, 15 (Supl.3): 3615-3624, 2010.

TRINDADE, E. **A incorporação de novas tecnologias nos serviços de saúde: o desafio da análise dos fatores em jogo.** Cad. Saúde Pública vol.24 no.5 Rio de Janeiro May 2008.

VICTORA, CG, KNAUTH ,DR, HASSEN, MNA. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema.** Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

ANEXOS



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: **“Relação entre Oferta e Demanda no trabalho cotidiano das equipes de Saúde da Família sob a ótica do cuidado”**

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Relação entre Oferta e Demanda no trabalho cotidiano das equipes de Saúde da Família sob a ótica do cuidado”, desenvolvida por Regina Ferreira Pinto Bezerra da Silva, aluna do “Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde, com ênfase na Estratégia de Saúde da Família” da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ), sob orientação do Professor Dr. Carlos Eduardo Aguilera Campos.

O objetivo central do estudo é realizar uma discussão sobre o trabalho cotidiano das equipes de saúde da família, tendo como foco a relação entre oferta e demanda em saúde. Para tanto, serão realizadas discussões em grupo focal com trabalhadores do serviço de saúde Clínica da Família Victor Valla. A sua participação é muito importante para o estudo da qualidade da atenção em saúde construída neste serviço. O tempo de discussão em grupo é de aproximadamente 60 minutos.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade a privacidade das informações por você prestadas. A discussão em grupo será gravada e transcrita, sem identificação e utilizada

somente pra fins de pesquisa.

Os benefícios que esperamos como este estudo são: auxiliar na compreensão do cuidado construído no serviço em questão, com fins de melhoria de qualidade do serviço.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar informações sobre a sua participação e/ou sobre a pesquisa, entrando em contato com a pesquisadora. Este Termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Contato com a pesquisadora responsável: Regina Ferreira Pinto Bezerra da Silva

e-mail: regina_fpb@yahoo.com.br

Telefone: (21) 2201-4476

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Andar Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

<p>Eu, _____, RG nº _____ tendo sido devidamente esclarecido(a) sobre os objetivos e condições da minha participação, concordo em participar voluntariamente do projeto de pesquisa descrito acima. Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____ .</p> <p>_____ Assinatura do participante</p>
--

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP: Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863 E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

ANEXO 2

QUESTÕES NORTEADORAS PARA ENTREVISTA COM O TRABALHADOR

DADOS CONCRETOS

Identificação: Sexo, Idade, ano de formatura, escola de graduação/formação, formação específica para o posto de trabalho

PERGUNTAS SEMI-ESTRUTURADAS

ITEM I – Organização da demanda

1. Foi realizado algum diagnóstico de saúde da clientela adscrita? Como?
2. Como o diagnóstico de saúde da clientela adscrita é utilizado para organização da demanda de atividades da equipe / centro de saúde da família?
3. Foi realizado algum diagnóstico de demanda? Como?
4. Quais são as atividades que sua equipe/unidade exerce? (Descrição bruta das atividades). Quais são as atividades que sua equipe/unidade oferece que estão ligadas diretamente ao cuidado?
5. Quais as atividades que está diretamente ligada? Descreva sua semana-padrão.
6. Quais atividades que a equipe oferece que não estavam a princípio dentro do protocolo mínimo, ou seja, que foram fruto do planejamento exclusivo da equipe?
7. Quando um usuário chega na unidade, o que é ofertado a ele? Qual o fluxo que a equipe estabelece?
8. Como é a agenda da equipe? Quantas vagas de atendimento são oferecidas? Como é o Sistema de agendamento?
9. Como a equipe se prepara para a recepção da demanda em cuidado? Quais os espaços de escuta da demanda da população que sua equipe oferece?
10. Na existência de práticas de acolhimento para atendimento à demanda espontânea, como são desenvolvidas?

ITEM II – Cuidado familiar

11. Que ações são efetuadas por você / equipe / centro de saúde da família para o enfoque da atenção à saúde da família?
12. Você considera que o enfoque dado por você / equipe / centro de saúde da família tem um maior enfoque familiar ou individual? Comente.
13. O que pensa sobre enfoque familiar, é possível?

ITEM III – Trabalho interdisciplinar/ em equipe

14. O processo de trabalho de sua equipe / centro de saúde da família ocorre de forma interdisciplinar?
15. Quais os momentos ou espaços de discussão coletiva na equipe / centro de saúde da família?

16. Estes momentos / espaços têm que tipo de enfoque (relacionar com Administrativo, Clínico, Pedagógico).

17. Qual o que ocorre com maior frequência?

18. No centro de saúde da família ocorre gestão compartilhada do processo de trabalho?

ITEM IV – Intersetorialidade

19. Fale sobre as ações intersetoriais desenvolvidas pela equipe / centro de saúde da família. Elas são Esporádicas ou Permanentes?

20. A iniciativa para desenvolvimento destas ações parte de quem? (Relacionar com Equipe, Comunidade, Coordenador, SER, SMS, outros)

ITEM V – Ações em saúde, processo de trabalho e produção do cuidado.

21. Existe algum protocolo da unidade de saúde para as atividades que desenvolve?

22. Como descreveria o processo de trabalho em que está envolvido?

23. No seu processo de trabalho, há espaço para o inusitado, para a criação de ações fora do protocolo/fluxograma estabelecido? Conte-me um exemplo que lhe vem a cabeça.

24. No seu processo de trabalho há atividades que considera inúteis? Por quê?

25. Como descreveria as relações que estabelece com os demais trabalhadores da unidade?

26. Como descreveria as relações estabelecidas com o usuário?

27. Considera as ações desenvolvidas nessa unidade como cuidadoras? Por quê? Quais as ações que desenvolve estão diretamente envolvidas com o cuidado ao usuário/família/comunidade?

28. Como que é construído o cuidado ao usuário na sua equipe, que estratégias utiliza? E o cuidado á família e comunidade? Que ferramentas são usadas?

29. O que você acha que a Saúde da família pode oferecer de diferente no cuidado ás pessoas?

30. E o que você considera que o seu trabalho oferece de diferente no cuidado as pessoas/famílias/comunidade?

31. Você pode me contar uma situação em que considerou como de cuidado integral? Você pode me contar outra situação em que considerou que não teve sucesso no cuidado?

32. Considera que os usuários têm suas demandas/necessidades atendidas aqui? Por quê?

33. Quais são os canais de escuta do usuário (suas demandas e necessidades) que existem na sua unidade?

34. Na sua opinião, o que a Saúde da Família tem de força no cuidado frente a demanda? E quais são as fraquezas no cuidado frente a demanda?

35. O que você acha que se mostra como oportunidades (que favorece) na conquista do cuidado mais integral frente a demanda? E o que você percebe como ameaça a conquista do cuidado integral?

36. Sente-se satisfeito ou realizado com o trabalho desenvolvido? Por quê?

37. Que efeitos do trabalho daqui percebe sobre si mesmo? Percepções:

38. Na sua opinião, quais elementos que exercem ou exerceram influência determinante no processo de trabalho da SF? (Relacionar com Estratégias, Momentos marcantes Fatores, Conflitos)

Obrigada!