UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ANNA MARIA MEYER MACIEL RODRÍGUEZ

**O trabalho na Saúde da Família:
a busca pela integralidade da atenção na perspectiva das enfermeiras**

Ribeirão Preto
2018

ANNA MARIA MEYER MACIEL RODRÍGUEZ

**O trabalho na Saúde da Família:
a busca pela integralidade da atenção na perspectiva das enfermeiras**

Versão original

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em
Ciências, Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas
de Saúde

Orientadora: Prof.^a Titular Silvana Martins
Mishima

**Ribeirão Preto
2018**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Rodríguez, Anna Maria Meyer Maciel

O trabalho na Saúde da Família: a busca pela integralidade da atenção na perspectiva das enfermeiras. Ribeirão Preto, 2018.

278 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

1. Trabalho. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Enfermeiro.

RODRÍGUEZ, Anna Maria Meyer Maciel

O trabalho na Saúde da Família: a busca pela integralidade da atenção na perspectiva das enfermeiras

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovada em: ____ / ____ / ____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Dedicatória

Para as enfermeiras que, apesar das adversidades macro e micropolíticas no cotidiano do trabalho, se sensibilizam com o outro e fazem a diferença na vida de quem procura as

Unidades de Saúde da Família

Agradecimentos

À **EERP-USP**, pela oportunidade de qualificação profissional por meio de inúmeras atividades de distintas naturezas;

À **Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto** e aos **gerentes das Unidades de Saúde da Família** que permitiram a coleta de dados em suas unidades;

Às **enfermeiras e usuários das Unidades de Saúde da Família** que participaram da coleta de dados, contribuindo para a construção da tese;

À professora **Maria José Clapis** pela acolhida, sensibilidade e ensinamentos teóricos e práticos durante o estágio supervisionado em docência;

À professora **Silvia Matumoto**, por todas as orientações, torcida e oportunidades de atuação profissional junto aos alunos de graduação do primeiro ano da Escola, na disciplina de Cuidado Integral em Saúde I;

Aos professores **Pedro Fredemir Palha, Aline Aparecida Monroe, Tereza Cristina Scatena Villa, Ione Carvalho Pinto e Tiemi Arakawa** pelos momentos durante os quais compartilhei os resultados de minha dissertação com os alunos de graduação do quarto ano da Escola, na disciplina de Organização e Gestão em Saúde e Enfermagem na Atenção Básica;

Aos professores **Carla Aparecida Arena Ventura e Gustavo D'andrea** e ao Gepesades pela frutífera parceira no campo do direito à saúde;

Às professoras **Cinira Magali Fortuna e Debora de Souza Santos** pelas contribuições no exame de qualificação e pela parceria no campo do trabalho em saúde;

Ao **Nupesco e a seus integrantes** pelas ricas e intensas discussões que têm colaborado para o meu aprimoramento científico no campo da Saúde Coletiva;

À **Shirley Figueiredo** que recebe os alunos na secretária da Pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública sempre com muita paciência e com um sorriso no rosto;

À **Rosana Farias e Mariza Raplavschi** que sempre me deixaram à vontade na sala da professora Silvana Martins Mishima;

À **Maria Cristina Ferreira** que, sempre prontamente, me atendeu e orientou quanto ao uso das normas científicas;

À **Silvana Martins Mishima** que, com sua assertividade, humildade, sabedoria, serenidade, seriedade e sensibilidade, me conduziu durante o mestrado e o doutorado;

Ao **Víctor Gabriel Rodríguez** pela parceria na vida;

E a **Deus** por colocar em meu caminho todas essas oportunidades, possibilidades e pessoas que confiaram em meu potencial e que têm contribuído para o meu crescimento pessoal e profissional.

O presente trabalho foi realizado com apoio da **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior** - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001, por meio da bolsa de doutorado número 1.639.716

RESUMO

RODRÍGUEZ, A. M. M. M. O trabalho na Saúde da Família: a busca pela integralidade da atenção na perspectiva das enfermeiras. 2018. 278 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

O objetivo deste estudo foi analisar se a enfermeira da Saúde da Família (SF), no atual modelo de atenção, encontra possibilidades (ou brechas) para identificar demandas, necessidades e expectativas dos usuários a fim de implementar uma assistência integral. Por meio do trabalho da enfermeira, buscou-se identificar e analisar as ferramentas utilizadas para reconhecer e atender as demandas, necessidades e expectativas dos usuários. Por ser abordado o trabalho em saúde, adotou-se o referencial teórico do processo de trabalho em sua vertente marxista. Para responder ao objetivo, lançou-se mão da abordagem qualitativa, triangulando a entrevista semiestruturada e a observação participante. As entrevistas foram realizadas com 31 enfermeiras de Unidades de Saúde da Família (USFs) de Ribeirão Preto-SP, seguindo um roteiro pré-elaborado com questões referentes ao trabalho na SF oriundas da revisão de literatura. As observações foram realizadas com sete enfermeiras em três USFs distintas do mesmo município, durante uma semana típica de trabalho, mediante um roteiro de observação. As entrevistas foram interpretadas por meio da análise temática compondo o *corpus* principal de análise que foram confrontadas com o conteúdo das observações. A análise das entrevistas produziu três grandes unidades temáticas: Falando do contexto onde as práticas de saúde se desenvolvem, O trabalho em equipe e O trabalho das enfermeiras. A primeira unidade temática foi dividida em outros três subtemas e, de modo geral, evidenciou a forte presença da lógica biomédica de atendimento, tanto nos usuários quanto nos trabalhadores. A maioria dos usuários busca atenção imediata para suas queixas/problemas de saúde para os quais os trabalhadores produzem cuidados individuais, curativos, fragmentados e pontuais. Porém, nos atendimentos, há oportunidades nem sempre aproveitadas, para o trabalhador escutar as subjetividades do usuário e reconhecer as necessidades trazidas e travestidas em demandas. A segunda unidade temática revelou que o trabalho na SF, sob a perspectiva das enfermeiras, é organizado, majoritariamente, segundo a modalidade de equipe agrupamento, embora haja situações em que se evidencie a modalidade integração que revela pistas e brechas para um cuidado mais integral e integrado. Finalmente, a terceira unidade temática, dividida em quatro subtemas, mostrou que as dimensões do trabalho “cuidar” e “gerenciar o cuidado” envolvem a educação em saúde e se desenvolvem com o auxílio de tecnologias, em especial das leves, que favorecem a operacionalização das dimensões do trabalho da enfermeira na direção da integralidade da atenção, sendo, portanto, consideradas importantes brechas no trabalho. As enfermeiras ainda trouxeram vários conceitos, sentidos e dimensões da integralidade, compartilhando várias possibilidades para a leitura ampliada das necessidades de saúde dos usuários. As considerações finais ressaltam que a partir do trabalho das enfermeiras é possível verificar a importância das tecnologias leves no cotidiano do trabalho em equipe integrado, dentro e fora do sistema de saúde, para identificar e atender as necessidades dos usuários na perspectiva da integralidade da atenção. Além disso, abre possibilidades para se investigar novas tendências relacionadas ao trabalho das enfermeiras na AB.

Palavras-chave: Trabalho. Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde. Enfermeira.

ABSTRACT

RODRÍGUEZ, A. M. M. M. The work in Family Health: the search for care integrality from the nurses' perspective. 2018. 278 p. Doctoral Dissertation – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2018.

The objective of this study was to analyze whether the Family Health (FH) nurse, in the current care model, finds possibilities (or gaps) to identify users' demands, needs and expectations in order to implement comprehensive care. Through the nurse's work, we aimed to identify and analyze the tools used to recognize and meet the users' demands, needs and expectations. Because health work was addressed, the theoretical framework adopted was the work process in its Marxist perspective. To respond to the objective, the qualitative approach was used, triangulating the semistructured interview and participant observation. The interviews were carried out with 31 nurses from the Family Health Units (USFs) of Ribeirão Preto-SP, following a pre-elaborated script with questions related to FH work deriving from the literature review. Observations took place with seven nurses in three distinct USFs of the same city, during a typical workweek, through an observation script. The interviews were interpreted using thematic analysis, composing the main corpus of analysis, which was confronted with the content of the observations. The analysis of the interviews produced three major thematic units: Talking about the context in which health practices take place, Teamwork and The nurse's work. The first thematic unit was divided into three other subthemes and, overall, showed the strong presence of the biomedical care logic, in users as well as workers. Most users seek immediate care for their health complaints/problems, for which workers produce individual, curative, fragmented and punctual care. During care, however, there are opportunities left unused for the worker to listen to the subjectivities of the user and recognize the needs brought and disguised as demands. The second thematic unit revealed that the work in FH, from the nurses' perspective, is mainly organized according to the team cluster modality, although there are situations in which there is evidence of the integration modality, revealing clues and gaps for a more integral and integrated care. Finally, the third thematic unit, divided into four subthemes, showed that the dimensions of "caring" and "managing care" work involve health education and are developed with the aid of technologies, especially light technologies, which favor the operationalization of the nurse's work dimensions towards care integrality, being therefore considered important gaps in the work. The nurses also brought various concepts, meanings and dimensions of integrality, sharing several possibilities for the extended reading of the users' health needs. The final considerations point out that, based on the nurse's work, the importance of light technologies in daily integrated team work can be verified, inside and beyond the health system, to identify and meet the users' needs from the perspective of care integrality. In addition, it opens possibilities to investigate new trends related to the nurse's work in basic care.

Key words: Work. Family Health. Primary Health Care. Unified Health System. Nurse.

RESUMEN

RODRÍGUEZ, A. M. M. M. El trabajo en la Salud de la Familia: la búsqueda de la integralidad de la atención en la perspectiva de las enfermeras. 2018. 278 f. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Este estudio tuvo como objetivo analizar si la enfermera de la Salud de la Familia (SF), en el modelo actual de atención, encuentra posibilidades (o brechas) para identificar demandas, necesidades y expectativas de los usuarios, con el fin de implementar una asistencia integral. Por medio del trabajo de la enfermera, se procuró identificar y analizar las herramientas utilizadas para reconocer y atender las demandas, necesidades y expectativas de los usuarios. Debido al abordaje del trabajo en la salud, se adoptó como referencia teórica el proceso de trabajo en su vertiente marxista. Para responder al objetivo, se utilizó un abordaje cualitativo, triangulando la entrevista semiestructurada y la observación participante. Se realizaron entrevistas a 31 enfermeras de Unidades de Salud de la Familia (USFs) de Ribeirão Preto-SP, siguiendo un guion pre-establecido con preguntas referentes al trabajo en la SF, oriundas de la revisión de literatura. Se realizaron observaciones de siete enfermeras en tres USFs distintas del mismo municipio, durante una semana típica de trabajo, mediante un guion de observación. Las entrevistas fueron interpretadas por medio del análisis temático, componiendo el corpus principal de análisis, y fueron confrontadas con el contenido de las observaciones. El análisis de las entrevistas produjo tres grandes unidades temáticas: Hablando del contexto en el que las prácticas de salud se desarrollan, El trabajo en equipo y El trabajo de las enfermeras. La primera unidad temática fue dividida en otros tres subtemas y, de modo general, puso de manifiesto la fuerte presencia de la lógica biomédica de atendimento, tanto en los usuarios cuanto en los trabajadores. La mayoría de los usuarios busca atención inmediata para sus quejas/problemas de salud, para los que los trabajadores producen cuidados individuales, curativos, fragmentados y puntuales. Sin embargo, en los atendimientos, hay oportunidades que no siempre son aprovechadas para que el trabajador escuche las subjetividades del usuario y reconozca las necesidades traídas y convertidas en demandas. La segunda unidad temática reveló que el trabajo en la SF, bajo la perspectiva de las enfermeras, está organizado, mayoritariamente, según la modalidad de equipo agrupación, aunque haya situaciones en las que se evidencie la modalidad integración que revela pistas y brechas para un cuidado más integral e integrado. Finalmente, la tercera unidad temática, dividida en cuatro subtemas, demostró que las dimensiones del trabajo “cuidar” y “gerenciar el cuidado” envuelven la educación en salud y se desarrollan con el auxilio de tecnologías, en especial de las leves, que favorecen la operacionalización de las dimensiones del trabajo de la enfermera en la dirección de la integralidad de la atención, siendo, por lo tanto, consideradas importantes brechas en el trabajo. Las enfermeras inclusive aportaron varios conceptos, sentidos y dimensiones de la integralidad, compartiendo varias posibilidades para la lectura ampliada de las necesidades de salud de los usuarios. Las consideraciones finales destacan que a partir del trabajo de las enfermeras es posible verificar la importancia de las tecnologías leves en la cotidianeidad del trabajo en equipo integrado, dentro y fuera del sistema de salud, para identificar y atender las necesidades de los usuarios en la perspectiva de la integralidad de la atención. Además, abre posibilidades para que sean investigadas nuevas tendencias relacionadas al trabajo de las enfermeras en la AB.

Palabras clave: Trabajo. Salud de la Familia. Atención Primaria a la Salud. Sistema Único de Salud. Enfermera.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Representação da relação entre homem, natureza, sociedade e trabalho, Ribeirão Preto, SP, 2018.....	37
Quadro 2 -	Representação da produção e consumo de um objeto/produto segundo necessidades e finalidade, Ribeirão Preto, SP, 2018.....	37
Quadro 3 -	Representação das relações de produção e da produtividade no processo de trabalho, Ribeirão Preto, SP, 2018.....	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Tipos de estudos encontrados de 2012 a 2017, por base de dados, na primeira busca, Ribeirão Preto, SP, 2018.....	55
Tabela 2 -	Artigos encontrados de 2012 a 2017, por bases de dados, na segunda busca, Ribeirão Preto, SP, 2018.....	55
Tabela 3 -	Artigos selecionados de 2012 a 2017, segundo as bases de dados, para compor a revisão bibliográfica, Ribeirão Preto, SP, 2018.....	56
Tabela 4 -	Relação do número de Unidades de Saúde da Família USFs, segundo os Distritos de Saúde de Ribeirão Preto, SP, 2018	87
Tabela 5 -	Relação do número de equipes de Saúde da Família (SF), puras e parametrizadas, segundo os Distritos de Saúde de Ribeirão Preto, SP, 2018.....	88
Tabela 6 -	Relação do número total de enfermeiras entrevistadas por Distrito, segundo os presentes nas USFs durante o período de realização das entrevistas, Ribeirão Preto, SP, 2018.....	107
Tabela 7 -	Relação do número total de enfermeiras entrevistadas, por faixa etária, Ribeirão Preto, SP, 2018.....	107
Tabela 8 -	Relação do número total de enfermeiras entrevistadas, por tempo de formação em curso de graduação em enfermagem, Ribeirão Preto, SP, 2018.....	108
Tabela 9 -	Relação do número total de enfermeiras entrevistadas, por tempo de atuação na SF, Ribeirão Preto, SP, 2018	109

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACSS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDS/HIV/SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMEs	Ambulatórios Médicos de Especialidades
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPP	Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa
CAP	Centro de Atenção Primária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CNPQ	Conselho Nacional de Pesquisa ou Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONEP	Conselho Nacional de Saúde
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DASP	Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas
DIU	Dispositivo Intrauterino
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EC	Educação Continuada
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EP	Educação Permanente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
GEPESADES	Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem, Saúde Global, Direito e Desenvolvimento
HC	Hospital das Clínicas
MS	Ministério da Saúde
NADEF	Núcleo de Atenção à Pessoa Deficiente
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NGA	Núcleo de Gestão Assistencial
NUPESCO	Núcleo de Pesquisas e Estudos em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial da Saúde
OnG	Organização não-Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde da Família

RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAF	Síndrome dos Anticorpos Anti-fosfolipídicos
SF	Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USFs	Unidades de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 Introdução	25
1.1 O primeiro nível de atenção à saúde e a Saúde da Família no Brasil.....	27
1.2 O suporte teórico do estudo	35
1.3 Demandas, necessidades e expectativas dos usuários na perspectiva da integralidade e o trabalho da enfermeira.....	47
1.4 Revisão de literatura	53
2 Objetivos.....	79
2.1 Objetivo geral	81
2.1.1 Objetivos específicos.....	81
3 O percurso metodológico	83
3.1 O campo do estudo: Ribeirão Preto-SP e as USFs	85
3.2 O tipo de estudo.....	89
3.3 Os aspectos éticos.....	90
3.4 O processo de coleta de dados.....	91
3.4.1 A entrevista.....	91
3.4.2 A observação participante	94
4 A análise dos dados.....	97
5 Resultados e discussão.....	101
5.1 Sobre o cenário das práticas de saúde e sobre os sujeitos da pesquisa.....	103
5.2 Falando do contexto onde as práticas de saúde se desenvolvem: da perspectiva biomédica à SF	111
5.2.1 A presença da perspectiva biomédica na SF	112
5.2.1.1 As características do trabalho nas USFs	112
5.2.1.2 As expectativas dos usuários: a procura pelo médico.....	117
5.2.2 A USF parametrizada: qual a lógica que predomina?	125
5.2.2.1 As características do trabalho na SF parametrizada	125
5.2.2.2 A disputa entre a perspectiva da SF parametrizada e as práticas biomédicas	130
5.2.3 A USF tradicional.....	134
5.2.3.1 O perfil dos trabalhadores na SF.....	135
5.2.3.2 As diretrizes e os princípios da AB.....	138
5.2.3.3 As características do trabalho na perspectiva da SF	145
5.2.3.4 Os instrumentos do trabalho na perspectiva das enfermeiras	151
5.2.3.5 A disputa entre a SF tradicional e a perspectiva biomédica	158

5.3 O trabalho em equipe: do agrupamento de trabalhadores à articulação e complementariedade do trabalho.....	162
5.4 O trabalho das enfermeiras: identificando brechas para o reconhecimento de necessidades dos usuários na perspectiva da integralidade da atenção	173
5.4.1 O núcleo de atuação das enfermeiras: uma primeira aproximação	173
5.4.2 Os instrumentos de trabalho utilizados pelas enfermeiras	188
5.4.3 As brechas no trabalho das enfermeiras	196
5.4.4 A integralidade da atenção na perspectiva das enfermeiras	214
6 As considerações finais	229
Referências	235
Apêndices	257
Anexos	269

Apresentação: os movimentos de (re)construção da tese

Estudar o processo de trabalho é um desafio e, ao mesmo tempo, uma autorreflexão. Um desafio, porque ele está presente no cotidiano pessoal e profissional de todas as pessoas, a partir, certamente de uma certa perspectiva e de uma autorreflexão, porque estudar o processo de trabalho é olhar para si e buscar as respostas para as perguntas-chave de Merhy (2013): O que eu estou produzindo? Como? Para quê? Por quê? E para quem?

Essas respostas têm me feito repensar minha vida pessoal e profissional de uma outra forma: com menos mecanicismo e mais subjetividade, levando-me a reconhecer valores, sentimentos e atitudes que precisam de ajustes, o que não é fácil, pois esse exercício exige deixar o comodismo para trás. Mas, percebê-los já é um bom começo...

Talvez, o interesse “inconsciente” pelo tema do processo de trabalho em saúde tenha sido despertado ainda na graduação, quando busquei compreender o estresse na enfermagem no seu contexto de trabalho. Mesmo de forma incipiente, a revisão bibliográfica me conduziu a um entendimento inicial do fazer saúde na enfermagem, suas condições, suas relações e seus efeitos – indiretamente relacionados aos questionamentos de Merhy (2013).

Em minhas experiências profissionais, em diferentes serviços de saúde, o meu fazer técnico sempre obedeceu a uma determinada forma de atuação imposta. O fazer *diferente* vinha sempre na contramão de um processo de trabalho determinado/moldado e impassível de mudanças, por uma série de motivos. Eu só me dei conta disso anos depois, ao repensar minha prática profissional, baseada nas disciplinas do mestrado/doutorado, nos núcleos de estudo/grupos de pesquisa e na convivência com docentes/colegas compromissados e fundamentados – cientificamente – em contestar essa forma de trabalho engessada e instituída.

Adicionalmente, os resultados qualitativos de minha dissertação revelaram, dentre vários aspectos, que uma outra forma de se produzir os cuidados de saúde precisa ser iniciada para se alcançar a integralidade da atenção em saúde – um dos atributos da Atenção Básica (AB) e um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS). Urgentemente, precisamos olhar para outro, escutar suas carências e necessidades, enxergar mais além do que uma parte do corpo que se mostra adoecida e buscar integrar distintos saberes e poderes, pois ninguém sabe tudo ou faz tudo sozinho.

A literatura científica tem mostrado muitos avanços da Saúde da Família (SF) enquanto reordenadora da AB e efetivadora dos princípios do SUS no Brasil, especialmente quanto à

expansão do número de equipes e resultados positivos em alguns indicadores de saúde. Mas também, tem revelado uma necessidade pulsante de mudança nas práticas de saúde que ainda estão sendo classificadas como focadas no individual e distantes das pessoas enquanto sujeitos do foco de atenção. No sentido de contribuir com os autores que estão na direção oposta desses processos de trabalho em saúde desconectados do objetivo da SF, é que propomos esta investigação.

Para seguir nesse caminho, pensamos ser importante compartilhar todo o processo de construção do pensamento para compreender o processo de trabalho na SF, o trabalho da enfermeira aí inserido e o percurso teórico-metodológico, bem como os ajustes que foram sendo efetivados após o Exame de Qualificação.

O objetivo inicial e principal da investigação, ainda em fase de projeto, era analisar o processo de trabalho dos gestores da AB, gerentes, profissionais das equipes e usuários das Unidades de Saúde da Família (USFs) do município de Ribeirão Preto-SP, à luz das Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNABs).

Para o desenvolvimento dessas ideias, nos aproximamos do referencial teórico do processo de trabalho, analisando as concepções da categoria trabalho na perspectiva marxista, trazendo autores contemporâneos que resgataram essas vertentes para o trabalho em saúde, tais como: Mendes-Gonçalves, Pires, Campos e Merhy. Em seguida, mergulhamos na evolução da SF no Brasil, trazendo o contexto no qual ela se conformou e, na sequência, trouxemos uma revisão de literatura sobre o processo de trabalho na SF.

Em 2014, organizamos os objetivos iniciais pensando em dialogar com as PNABs, pois elas trazem, de maneira explícita, propostas de mudanças nas características atuais do processo de trabalho na SF de maneira geral, preocupadas em valorizar as peculiaridades das comunidades, famílias e indivíduos. Uma das propostas das PNABs é reconhecer os aspectos sociais, econômicos, culturais, demográficos e epidemiológicos como fundamentais no processo saúde-doença que surgem como pontos a serem considerados para a produção de cuidados de saúde de forma ampliada (BRASIL, 2006, 2012, 2017) e menos engessada.

Para conseguir implementar essa mudança no cotidiano do trabalho, esses documentos ainda sugerem a integração de saberes de diversos profissionais em prol de um atendimento mais resolutivo e integral que possibilite, também, a formação de vínculos entre os trabalhadores e usuários. Adicionalmente, recomendam a participação dos usuários em todo o processo de

planejamento, execução e avaliação da SF na tentativa de trazê-los para o centro do processo de trabalho (BRASIL, 2006, 2012, 2017), além de reconhecer suas singularidades para alcançar a integralidade da atenção. Portanto, entendemos que para alcançar a integralidade da atenção, o processo de trabalho na SF deve considerar o indivíduo dentro de sua família e sua comunidade e, por isso, buscamos dialogar com essa diretriz.

A partir de questionamentos iniciais, do processo de reflexão e de revisão derivados da rica discussão no Exame de Qualificação, considerando a extensão do projeto inicialmente delineado, foram revistos os objetivos, ampliadas as técnicas de captação do empírico e aprofundado o suporte teórico para o estudo. A perspectiva de olhar para demandas/necessidades/expectativas dos usuários poderia ser analisada a partir de um recorte mais preciso do processo de trabalho, não do conjunto dos trabalhadores, mas de um trabalhador em específico: a enfermeira.

Dessa forma, as sugestões da Banca Examinadora dispararam um processo reflexivo baseado em leitura de investigações sobre: o trabalho de enfermagem (ALMEIDA; ROCHA, 1997) e sua articulação com a Saúde Coletiva na rede básica de saúde (ALMEIDA; MELLO; NEVES, 1991; NASCIMENTO; MISHIMA, 2004), a organização do trabalho nos serviços de AB (ALMEIDA; MELLO; NEVES, 1991; NEMES, 1990) e os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde (CECÍLIO, 2009; MATTOS, 2009; PINHEIRO, 2009), processo este que disparou e organizou novas possibilidades para discutir a **(re)**construção do objeto de estudo.

Nesse caminho, resgatamos o que já havia sido construído e apresentado no Exame de Qualificação – as sugestões e o produto das discussões sobre o objeto da pesquisa no Nupesco¹ para: avançar na compreensão do referencial teórico do estudo e entender o contexto histórico/político da organização dos serviços na AB, caminhando para (re)delimitar o objeto de estudo, focando no trabalho da enfermeira, uma vez que o projeto inicialmente proposto voltava-se para a análise do processo de trabalho na SF, segundo a integralidade no contexto das PNABs.

Então, nos (re)fizemos as seguintes perguntas: Qual a problemática do estudo? A que queremos responder com este estudo? Sob qual perspectiva² queremos estudar o processo de trabalho? Qual sentido da integralidade queremos destacar? Somente a entrevista nos trará as

¹ Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva.

² Após nossas discussões, entendemos que as perspectivas de estudo sobre o processo de trabalho podem ir na direção: dos processos específicos de trabalho da enfermeira ou de outro profissional, dos usuários, da equipe de SF como um todo e da estrutura funcional do processo de trabalho.

respostas? Por que não dialogar com a conformação do atual modelo de atenção em saúde que embasa a assistência ao invés das PNABs em seu caráter normativo?

Buscando as respostas para essas indagações, rearticulamos a revisão bibliográfica realizada para a contextualização da problemática e do novo recorte do processo de trabalho na AB, com a redefinição do objeto de estudo. Cabe destacar que as investigações, do período de 2012 a 2015, confirmaram que no atual modelo de atenção onde é desenvolvida a SF, as necessidades, expectativas e saberes dos usuários **não** têm sido reconhecidas e valorizadas pelos diversos membros das equipes na produção e organização dos cuidados em saúde.

Importante dizer que ao longo do ano de 2016, as condições elencadas pela literatura científica foram vivenciadas *in loco* em diversos momentos no trabalho, pela doutoranda que acompanhou a imersão de alunos de enfermagem, do primeiro ano do curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem, em uma das USFs de Ribeirão Preto-SP, em razão do estágio supervisionado em docência.

A fundamentação teórico-científica que reflete a prática profissional contemporânea na SF associada à experiência empírica descrita acima mostraram a dificuldade de reconhecer e atender as singularidades dos usuários. Contudo, dados recentes de pesquisa realizada em 645 municípios paulistas apontam que quanto maior a cobertura da SF, mais baixos são os indicadores de acidente vascular cerebral e infarto, denotando, assim, a existência de resultados positivos mediante a inserção de equipes multiprofissionais no atendimento aos usuários. Esses aspectos revelam que os cuidados oferecidos pela SF são diferenciados e efetivos (CAVALCANTE, 2016), indicando possibilidades que podem fazer a diferença no trabalho e contribuir para o atendimento das demandas, necessidades e expectativas dos usuários.

Nesse sentido, inferimos que há pistas e brechas para a mudança no trabalho no contexto hegemônico de atenção, com vistas (ou possibilidades) à integralidade da atenção – especialmente em seu sentido de considerar as necessidades e carências dos usuários para organizar, produzir e ofertar os cuidados (CECÍLIO, 2009).

Para tanto, parece ser necessário envolver e articular distintos saberes, poderes, setores, projetos e tecnologias, a fim de criar possibilidades para produzir cuidados diferenciados na SF, revendo o processo de trabalho que se volta, ainda, para o binômio queixa-conduta.

Mediante esses aspectos, na rearticulação da problemática e do objeto de pesquisa buscase compreender o trabalho na SF como um todo, mas sob a perspectiva de um dos profissionais

da equipe – **a enfermeira** – por pelo menos dois motivos. O primeiro, porque a enfermeira é considerada a agente transformadora e o grande trunfo da SF para colaborar efetivamente na reconstrução das práticas no atual modelo de atenção, ao valorizar as crenças, necessidades e o contexto social dos usuários para organizar e produzir o cuidado e articular o trabalho de distintos profissionais e setores sociais (BACKES et al., 2012; FORTE et al., 2018; OLIVEIRA; ANDRADE; SILVA, 2009).

Apesar de a enfermeira ter sua formação, na maioria das escolas de graduação, pautada ainda na perspectiva tradicional biomédica, essa profissional apresenta sinais de mudança em sua atuação na contramão do reducionismo dos sujeitos ao seu aspecto biológico (SOUZA et al., 2006), tal como apontam as diretrizes curriculares dos cursos de graduação em enfermagem de 2001: "a formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento" (BRASIL, 2001a, p. 3). Esta é certamente uma aposta!

O segundo motivo se refere à formação das pesquisadoras envolvidas com o desenvolvimento da tese, que também são enfermeiras, pesquisadoras do Nupesco. Parte das pesquisadoras, inclusive a autora deste estudo, atuou em equipe de SF, o que pode facilitar a identificação, compreensão e análise das possibilidades ou brechas do trabalho desse profissional que conduzem à identificação de demandas e necessidades dos usuários na perspectiva da integralidade da atenção.

Ao mesmo tempo, reconhecemos que a lógica do atual modelo de atenção à saúde pode ser um caminho mais certo para dialogar e/ou levantar possíveis contradições e possibilidades com os elementos já postos (o processo de trabalho da enfermeira na SF na ótica da integralidade).

Dessa forma, fomos caminhando para definir com mais clareza esse objeto de estudo elaborando três questionamentos:

Primeiro questionamento: *Na lógica do atual modelo de atenção à saúde, a enfermeira da SF toma as demandas, necessidades e expectativas do usuário como objeto de seu processo de trabalho?* Segundo questionamento: *Na lógica do atual modelo de atenção à saúde, a integralidade da assistência ao usuário é tomada como objeto do processo de trabalho da enfermeira na SF?* Nessas duas perguntas consideramos **a integralidade da assistência ao usuário** como sinônimo de **atendimento das demandas, necessidades e expectativas do usuário**.

Entretanto, essas duas perguntas se misturaram e se desdobraram em um terceiro questionamento: *Na lógica do atual modelo de atenção à saúde, a integralidade da atenção*

direciona o processo de trabalho da enfermeira na SF para o atendimento das demandas, necessidades e expectativas do usuário?

Ademais, tomando essas indagações como disparadoras de outros pensamentos, associando todo movimento feito com os resultados empíricos e científicos, refletimos sobre o real objeto que se transforma – ou se quer transformar – na prática profissional, chegando à nova pergunta: *Na lógica do atual modelo de atenção à saúde, há brechas ou possibilidades para que a enfermeira tome o atendimento das demandas, necessidades e expectativas do usuário como objeto de seu trabalho na perspectiva da integralidade da atenção?*

Nesta pergunta, as demandas, necessidades e expectativas dos usuários seriam tomadas como o objeto de trabalho da enfermeira na SF que parece ser um dos agentes fundamentais no processo de mudança e reconstrução de práticas no modelo hegemônico de atenção, reforçando que atender as demandas, necessidades e expectativas do usuário representa um dos sentidos da integralidade da assistência e uma das finalidades que se almeja com o SUS. Com essa pergunta, (re)construímos o objetivo principal desta investigação:

Analisar, se a enfermeira da SF encontra, no atual modelo de atenção, possibilidades (ou brechas) para identificar demandas, necessidades e expectativas dos usuários a fim de implementar uma assistência integral.

Nesse cenário de assistência à saúde (perspectiva médico hegemônica) onde se desenvolve a SF e sob a perspectiva da integralidade (no sentido de considerar as demandas, necessidades e expectativas do usuário para organizar e ofertar as ações e serviços), ainda temos outras perguntas a responder, que se colocam como objetivos específicos ou secundários:

1- Analisar se a enfermeira reconhece as brechas para tomar as demandas, necessidades e expectativas dos usuários como objeto de seu processo de trabalho;

2- Identificar e analisar as tecnologias/ferramentas de que a enfermeira dispõe/utiliza para reconhecer e atender as demandas, necessidades e expectativas dos usuários

Definidos os novos objetivos da pesquisa, a técnica de coleta inicialmente proposta –a entrevista semiestruturada – foi mantida e adicionamos a observação participante para buscar captar o sentido das ações humanas (HAGUETTE, 2007), bem como a essência, as características e contradições (TRIVIÑOS, 2010) no trabalho da enfermeira e na relação enfermeira-usuário. E para analisar os dados das entrevistas e das observações, especialmente quanto às contradições encontradas, utilizamos a análise de conteúdo na vertente temática.

Com todo esse processo de (re)adequação do objeto de estudo, iniciamos esta tese, (agora sim chamamos o estudo de tese), trazendo uma breve introdução sobre a AB e a SF. Logo, discorreremos sobre o referencial teórico do estudo – o processo de trabalho em saúde – trazendo considerações importantes e atuais sobre a categoria trabalho e de alguns elementos e conceitos inerentes ao tema.

Em seguida, apresentaremos um breve diálogo do referencial com a integralidade da atenção, a relação dessa diretriz com as demandas, necessidades e expectativas dos usuários e com o modelo hegemônico e ainda, traremos uma revisão de literatura sobre o processo de trabalho em saúde. Posteriormente aos novos objetivos, o percurso metodológico, os aspectos éticos, os resultados e as discussões, as conclusões e as referências bibliográficas, além dos apêndices.

Espera-se que o estudo possibilite reflexões sobre o trabalho das enfermeiras na SF e sobre a produção de cuidados na perspectiva da integralidade da atenção.

1 Introdução

1.1 O primeiro nível de atenção à saúde e a Saúde da Família no Brasil

Para que o processo de trabalho na SF possa ser analisado, é importante contextualizar a Estratégia na Atenção Básica (AB) e como esse nível de atenção tomou corpo no país, seguindo orientações e movimentos nacionais e internacionais a favor dos cuidados primários de saúde.

Desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978, os cuidados primários, essenciais e universais em saúde têm sido apontados como os principais meios para se garantir o contato inicial dos indivíduos com o sistema de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 1978; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS), [2014]).

Registros mais recentes, tais como a Carta de Ottawa, a Declaração do Milênio, a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde, a Renovação da Atenção Primária e a Atenção Primária (agora mais do que nunca) têm reafirmado a importância do primeiro nível de atenção à saúde para se reduzir as iniquidades no acesso e na atenção à saúde. Os dois últimos reconhecem valores, princípios e elementos centrais dos sistemas de saúde baseados nesse nível de atenção (OMS, 2008; OPAS, 2007).

A OPAS (2007) afirma que os valores são essenciais para estabelecer prioridades e avaliar se as estruturas sociais atendem ou não as necessidades e expectativas da população. Em qualquer sociedade, alguns valores podem ter prioridade em relação a outros, sendo definidos de forma diferente com base na cultura, história e preferências locais.

Os três valores considerados essenciais da Atenção Primária em Saúde (APS) são: o **direito ao mais alto nível possível de saúde** sem qualquer tipo de distinção que garanta os direitos aos cidadãos e os deveres do governo; a **equidade** na saúde; e a **solidariedade** que retrata a capacidade de uma sociedade trabalhar em conjunto para o bem comum (OPAS, 2007).

Os princípios estruturam as políticas de saúde, a legislação, os critérios de avaliação, a geração e alocação de recursos e a operacionalização do sistema servindo como ponte entre os valores e os elementos (estruturais e funcionais) do sistema de saúde. A OPAS estabelece como princípios: a capacidade de responder às necessidades de saúde das pessoas, os serviços orientados à qualidade, a responsabilização dos governos, a justiça social, a sustentabilidade a longo prazo, a participação social que transforma pessoas em parceiros ativos do sistema e a intersetorialidade na qual a saúde pode e deve trabalhar com outros setores e atores sociais para atender as necessidades da população (OPAS, 2007).

Apresenta ainda como elementos: a cobertura e acesso universais que garantam a equidade; o primeiro contato, sendo a principal porta de entrada do sistema de saúde para os problemas de

saúde e o local em que são resolvidos a maior parte deles; a atenção integral, integrada e contínua; a orientação familiar e comunitária que vão além da perspectiva clínica ou individual do cuidado; a ênfase na promoção e prevenção que pode oferecer às comunidades e indivíduos mais controle sobre sua própria saúde e sobre os determinantes sociais e mecanismos de participação ativa que garantam transparência e responsabilização social (OPAS, 2007).

Nessa perspectiva, a OPAS preconiza sobretudo: políticas e programas pró-equidade para combater os fatores que causam as iniquidades e garantir tratamento digno e respeitoso; organização e gestão que permitam melhorias constantes seguindo padrões de qualidade e segurança; recursos adequados e sustentáveis; além de ações intersetoriais (OPAS, 2007).

Importante dizer que há quatro abordagens, definições e ênfases sobre a APS que são produtos do desenvolvimento histórico da saúde e do legado dos distintos sistemas políticos sociais e econômicos dos países. Por isso, há divergências entre esses pontos que justificam a forma pela qual os países oferecerem os cuidados nesse nível de atenção (OPAS, 2007).

Em uma **abordagem seletiva**, a APS é definida como um serviço que enfoca um número limitado de serviços de alto impacto para enfrentar alguns dos problemas de saúde mais prevalentes, enfatizando um conjunto específico de cuidados e serviços de saúde voltados à população pobre (OPAS, 2007).

A APS, em uma **abordagem de primeiro nível de atenção**, se manifesta como porta de entrada do sistema e um local de cuidados de saúde contínuos para a maioria das pessoas, na maior parte do tempo. Está diretamente relacionada à disponibilidade da atuação de médicos especialistas em clínica geral ou medicina familiar (OPAS, 2007).

A APS, na **abordagem abrangente de Alma Ata**, é entendida como atenção essencial em saúde com tecnologias disponíveis para todos, por meio da participação dos indivíduos, famílias e comunidades, a um custo que o país pode manter, sendo integrante do sistema de saúde e do desenvolvimento socioeconômico do país. Está o mais próximo possível das pessoas, constituindo-se no primeiro elemento de um processo contínuo de atenção. Essa abordagem e definição enfatizam a APS como uma estratégia para organizar os sistemas para promover a saúde (OPAS, 2007).

Por sua vez, a APS na **abordagem de Saúde e Direitos Humanos** destaca-se a compreensão da saúde como direito humano fundamental e como produto de determinantes sociais com políticas de saúde mais inclusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos financeiros e legislativos na busca pela equidade. Essa abordagem enfatiza uma filosofia que permeia os setores social e da saúde (OPAS, 2007).

Em países ricos industrializados europeus, a APS é vista como o primeiro nível de serviços de saúde para toda a população. Nos países em desenvolvimento, a APS foi organizada e implantada como seletiva, tendo se mantido nessa perspectiva em poucos países, embora alguns pareçam caminhar na direção de programas verticais para subpopulações ou específicos por doença (OPAS, 2007).

A OPAS (2007) ainda acrescenta que as ações e serviços do primeiro nível de atenção não são suficientes para atender completamente as necessidades de saúde, por isso devem ser apoiados e complementados por diferentes níveis de cuidados e por outros setores. Por esse motivo, o sistema de saúde deve trabalhar de uma forma integrada, desenvolvendo mecanismos que coordenem a atenção por toda a rede de serviços, incluindo o desenvolvimento de sistemas de referência e contrarreferência e de informação que possibilitem planejamento, monitoramento, avaliação e continuidade da atenção (OPAS, 2007).

Essa breve exposição das características da APS, sob uma perspectiva global, possibilita que seja traçado um histórico sucinto da forma como as concepções da APS no mundo influenciaram e influenciam a construção do sistema de saúde no Brasil.

Nesse caminho, pode-se dizer que as ideias formuladas em Alma Ata, juntamente com as propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 – que trouxe um novo e ampliado conceito de saúde³ – fundamentaram a elaboração dos princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, instituído formalmente pela Constituição Federal de 1988 que garantiu a saúde como um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 2014).

Mais recentemente, os documentos inicialmente citados também têm sustentado as discussões em prol do avanço e aprimoramento dessas premissas para alcançar a meta "saúde para todos" (OMS, 1978) e sua revisão, considerando os avanços e retrocessos presentes no campo de saúde nacional e internacional.

Um dos princípios organizativos do SUS é a ordenação do sistema de saúde em níveis de atenção. O primeiro nível foi definido oficialmente no Brasil como AB, apesar de alguns organismos internacionais se referirem a esse nível de assistência como APS. Nacionalmente, a AB, a Atenção Primária (AP) e a APS têm sido utilizadas como sinônimos, apesar de

³ Segundo o relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, saúde é resultante de condições de alimentação, habitação, moradia, educação, renda, meio ambiente, trabalho, repouso, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse à terra e a serviços de saúde, relacionada diretamente ao contexto histórico-social de uma determinada sociedade. A saúde deve ser conquistada pela população e o Estado deve ser capaz de garantir essas condições a seus cidadãos, mediante o processo de formulação, implantação, gestão e avaliação das políticas públicas sociais (BRASIL, 1986).

apresentarem definição conceitual/ideológica e origem histórica diferentes (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

De maneira bem concisa, alguns autores entendem “básica” como base, fundamental e simples. Outros interpretam “primária” como primeiro, principal e não como elementar ou rudimentar (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009). Neste estudo, será utilizada a nomenclatura presente nos documentos oficiais brasileiros: AB (BRASIL, 1998, 2006, 2011a, 2012, 2017).

A AB, no Brasil, se baseia na definição e organização proposta pelos documentos já mencionados e por Starfield (2002) que coloca a AB como o nível de assistência que oferece a entrada dos usuários no sistema, ao longo do tempo, com foco no indivíduo/família/comunidade – e não só na doença – que coordena todos os tipos de atendimento e determina o trabalho dos demais níveis de atenção. Ela deve estar preparada para acolher problemas e necessidades de todos os tipos (orgânicos, sociais, psíquicos e outros) e oferecer serviços de distintas naturezas, se conformando nos atributos: do primeiro contato, da longitudinalidade, da integralidade e da coordenação do sistema (STARFIELD, 2002).

A AB compõe o sistema público de saúde brasileiro que também oferece cuidados de maior densidade tecnológica, previstos nos níveis secundário e terciário de atenção (MENDES, 2011), sob a incumbência das esferas municipais e estaduais (SOUZA, 2002).

Uma série de documentos normativos (BRASIL, 1998, 2006, 2011a, 2012, 2017) aprimoraram a definição, os princípios e diretrizes da AB, mas nenhuma das abordagens, definições e ênfases que, segundo a OPAS, norteiam a produção de cuidados foi clara e explicitamente adotada, perpassando, no entendimento desta autora, ora pela primeira, segunda e terceira, ora caminhando a passos lentos na direção da quarta abordagem.

Compartilhando brevemente alguns desses documentos, foi estabelecida, mais recentemente, a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, que define a AB como um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolve a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidado paliativos e vigilância em saúde. A AB é desenvolvida por meio de cuidado integral e integrado com gestão qualificada de acordo com as necessidades do território adscrito, considerando os determinantes e condicionantes de saúde, de maneira que tais ações sejam realizadas por equipe multiprofissional (BRASIL, 2017).

Segundo a nova Política, a AB tem como princípios: a universalidade, a equidade e a integralidade; e como diretrizes: a regionalização e hierarquização, a territorialização, a população adscrita, o cuidado centrado na pessoa, a resolutividade, a longitudinalidade do

cuidado, a coordenação do cuidado, a ordenação da rede de atenção e a participação da comunidade. Caracteriza-se, portanto, por preceitos que se encontram com os princípios básicos de cidadania estabelecidos pela Carta de Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2007a).

A PNAB de 2017 é decorrente de um histórico de desenvolvimento da SF no Brasil. A SF foi lançada inicialmente em 1994, como um Programa do Ministério da Saúde (MS) com objetivos, metas e passos normatizados. Em 1997, recebeu a denominação de Estratégia, sinalizando um caminho possível para alcançar os objetivos do SUS por meio da reformulação do modelo assistencial a partir da AB, sendo capaz de produzir impactos positivos no sistema de saúde (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2007). Impactos relacionados diretamente ao enfrentamento da nova e atual situação de saúde da população brasileira que se caracteriza por uma tripla carga de doenças: infecciosas e carenciais, causas externas e uma presença marcante e crescente de condições crônicas (MENDES, 2011).

Nos anos noventa, o MS lançou o Programa de Agentes Comunitários (PACS) que tinha os agentes comunitários de saúde (ACS) como as figuras centrais para o cuidado das famílias (FONTINELE JÚNIOR, 2003; SOUSA, 2003), sendo considerada a principal resposta para enfrentar os altos índices de morbimortalidade materna e infantil no interior do país (BRASIL, 2003). O PACS pode ser considerado o antecessor da SF, pois apresenta algumas de suas características, tais como: as ações preventivas com enfoque não mais individualista e a interação com a comunidade que fomentaram a construção dessa nova prática (BRASIL, 2001b, 2003; VIANA; DAL POZ, 2005).

O principal objetivo da SF era levar a saúde para mais perto das famílias e melhorar a qualidade de vida das pessoas, por meio da reorganização dos cuidados no setor, substituindo o modelo de atenção curativo pelas ações propostas pela AB (BRASIL, 2003; BUCHELE; COELHO, 2010; FONTINELE JÚNIOR, 2003; SOUSA, 2003).

A SF é uma estratégia que reúne os elementos para a construção de um modelo assistencial capaz de romper com a atuação centrada no atendimento médico, em procedimentos, na visão biologicista do processo saúde-doença, em hospitais, no enfrentamento às condições agudas e às agudizações das condições crônicas de saúde (PINHEIRO, 2009; RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2007).

Aposta-se que a SF, por carregar os princípios do SUS e da AB, pode transformar a atual forma de produzir o cuidado em saúde especialmente porque pode mudar o objeto de atuação em saúde, resgatar as ações de prevenção e promoção de saúde, priorizar os recursos humanos em uma perspectiva nova de formação, capacitação e remuneração e, assim, buscar a satisfação do

usuário pelo vínculo com a equipe e participação social no planejamento do trabalho (PINHEIRO, 2009).

O modelo de assistência à família baseado na AB foi adotado em alguns países do mundo, tais como: Canadá, Cuba, Inglaterra e Suécia, servindo como referência para o seu desenvolvimento no Brasil (VIANA; DAL POZ, 2005).

No Canadá, a igualdade de acesso aos serviços de saúde básicos teve início na década de sessenta e tem sido aprimorada por vários documentos desde os anos oitenta. Esses cuidados são oferecidos pelo setor público, subordinado às províncias e aos territórios – sendo norteados pelas necessidades dos cidadãos e alicerçados na universalidade, integralidade, justiça social, solidariedade e portabilidade que garantem a assistência em saúde em caso de mudança de província, emprego ou benefícios do seguro desemprego ou assistência social (BERNARD, 1992; ROMANOW, 2002).

Os atendimentos que exigem maior complexidade são encaminhados ao setor privado, de responsabilidade federal, cujo pagamento é feito pelo indivíduo diretamente ao prestador ou por meio de benefício concedido pela empresa onde ele trabalha (BERNARD, 1992; ROMANOW, 2002).

Em Cuba, desde 1960, o *Sistema Nacional de Salud* é caracterizado pelo acesso universal e gratuito, pela intersectorialidade, pela centralização normativa e descentralização executiva, pela participação popular e colaboração internacional que diminuiu desde o fim do socialismo europeu (DOMINGUEZ-ALONSO; ZACEA, 2011). A crise cubana, na década de noventa, forçou ajustes em diversas áreas, inclusive na saúde, para o país sustentar o socialismo e se adaptar à nova conjuntura internacional (DOMINGUEZ-ALONSO; ZACEA, 2011; GARCÍA, 2011). Apesar disso, o cuidado em saúde continua estruturado no nível primário de atenção subordinado ao âmbito municipal e oferecido setorialmente. Ademais, as ações de nível secundário são de responsabilidade das províncias e as de nível terciário, do ente nacional (DOMINGUEZ-ALONSO; ZACEA, 2011).

Na Inglaterra, o *National Health System* foi implantado em 1946. Tem sido norteador, após várias reformas no setor iniciadas na década de oitenta, pelo respeito, dignidade e compaixão, pela qualidade no atendimento com valorização profissional, pela melhoria da qualidade de vida e pelo trabalho em conjunto com os usuários (ENGLAND, 2013).

Em suas premissas, estabelece como garantias: igualdade no acesso baseado na equidade de forma universal, gratuita e integral; parcerias com instituições que contribuam para o bem-estar; transparência na divulgação dos resultados em saúde; e na prestação de contas (ENGLAND, 2013). A oferta dos serviços na área é realizada pelos distritos de saúde juntamente

com os conselhos comunitários e o gerenciamento do contrato dos profissionais, pelo nível central; especificamente pelos comitês do Departamento de Saúde e Seguridade Social (JARDANOVSKI; GUIMARÃES, 1993; TANAKA; OLIVEIRA, 2007).

Na Suécia, a assistência à saúde universal e gratuita foi instituída nos anos sessenta de acordo com os princípios da dignidade, solidariedade, equidade e custo-benefício. Desde então, várias leis, especialmente de 2000 a 2011, vêm contribuindo para a assertividade nas práticas do setor. O Estado, por meio do MS e Assuntos Sociais, elabora as políticas públicas nacionais, enquanto as autoridades regionais, representadas pelos conselhos municipais e entidades locais, organizam e financiam a oferta dos serviços na área. Os prestadores, tanto da AP, quanto da especializada e da hospitalar, são públicos ou privados e ambos podem ser escolhidos pelos usuários (ANELL; GLENNGARD; MERKUR, 2012).

Mesmo apontando, de maneira concisa, as principais marcas da AB nesses países, notam-se premissas e valores em comum⁴, instrumentos que aperfeiçoaram esse nível de assistência e o cuidado junto às famílias, além de particularidades distintas quanto à estruturação, prestação e pactuação e quanto aos serviços e práticas no setor. Todos os cinco países têm apresentado, recentemente, normativas acerca da remodelação na área.

Retomando a SF no Brasil, em 1994, no início de sua execução, houve dificuldades técnicas, administrativas e gerenciais que restringiram o seu crescimento e somente em 1998, com a criação de secretarias e instrumentos legais que estabeleceram os objetivos, as diretrizes, as responsabilidades e os requisitos para sua implementação, tornou-se a estratégia para a (re)organização do sistema público de saúde (BRASIL, 2003).

Desse modo, incorporou e vem tentando reafirmar os princípios do SUS (GUEDES, 2009; MARQUI et al., 2010; MELLO et al., 2009): universalização, descentralização, hierarquização, integralidade e participação popular. Características firmadas na Carta Maior (BRASIL, 2014), com base ainda nos preceitos da territorialização, na oferta dos cuidados por meio de uma equipe com diversas categorias profissionais, em que cada membro desempenha funções específicas (BRASIL, 2006, 2011a, 2012; ESCOREL et al., 2007; FONTINELE JÚNIOR, 2003; MARQUI et al., 2010).

Entretanto, essas determinações ainda estão em construção, pois o SUS ainda não é um sistema único, pois o sistema de saúde brasileiro é constituído por dois subsistemas: o público e

⁴ O acesso universal caracteriza os sistemas nacionais públicos de saúde que, em geral, são fortemente regulados e financiados pelo Estado. Um determinado rol de ações e serviços de saúde pode ser garantido pelo próprio Estado ou pela compra direta de cuidados especializados de certos profissionais ou de organizações privadas do setor (COELHO, 2013).

o privado. O subsistema público é formado por dois segmentos: o SUS (de acesso universal, público e gratuito) e outro, de acesso restrito a servidores públicos (civis e militares) (BARROS; PIOLA, 2016).

O subsistema privado também é formado por dois segmentos: o de planos e seguros de saúde, de afiliação voluntária, financiado majoritariamente com recursos de empregadores e empregados (contratos empresariais coletivos) ou exclusivamente pelos indivíduos ou famílias e outro de acesso direto por meio de pagamento no ato da prestação dos serviços assistenciais. No entanto, a cobertura por plano ou seguro privado de saúde ou por serviços destinados aos servidores públicos não tira o direito – de quem tem essas opções –, de ser também atendido pelo SUS (BARROS; PIOLA, 2016).

Para 72% da população, o acesso a serviços médico-hospitalares é assegurado exclusivamente pelo SUS e parte importante da população coberta pelo outro segmento do sistema público e pelo subsistema privado também utiliza a rede pública para ações de saúde pública, para procedimentos mais complexos, de maior custo e em situações de urgência ou emergência (BARROS; PIOLA, 2016).

Nesse contexto de conformação do sistema de saúde no Brasil, é possível vislumbrar resultados positivos da implantação/cobertura da SF. Nas cinco regiões geográficas do país, a adesão dos municípios à SF cresceu progressivamente no período de 1998 a 2017. A região Norte, que em 1998 tinha 33 municípios com SF, chegou ao final de 2017 com a Estratégia implantada em 445. O Nordeste, que inicia o período com 211 municípios com SF, em 2017 apresentou 1.794 adesões municipais ao Programa. No Sudeste, 408 municípios eram cobertos, inicialmente, pela SF e, em 2017, 1.603. Em 1998, as regiões Centro-Oeste e Sul tinham respectivamente 21 e 66 municípios com a SF implantada e, em 2017, esses números subiram para 465 e 1.160 (BRASIL, 2018).

Ainda em 1998, teve início a fase de rápida expansão da SF, principalmente nos municípios pequenos, menos povoados, mais carentes e distantes de regiões metropolitanas. Entretanto, um de seus desafios ainda é ampliar e aprofundar sua cobertura em regiões metropolitanas, com alto índice de violência e de densidade populacional, com alta concentração de estabelecimentos de saúde caracterizada pela fragmentação e especialização de serviços e práticas que dificultam a aceitação do modelo assistencial proposto pela Estratégia (BRASIL, 2005).

Outro aspecto que se apresenta como fundamental para a consolidação da SF como política de reorganização do modelo assistencial é a reflexão crítica sobre as práticas de saúde desenvolvidas no contexto das Unidades de Saúde da Família – USFs – uma vez que a expansão do número de equipes, tomada como um fenômeno isolado, não garante a mudança do modelo

de atenção⁵ e a implementação dos princípios do SUS. Por isso, é necessário, avaliar qualitativamente a SF, especialmente quanto às práticas de saúde e aos processos de trabalho (ALVES, 2004/2005; CAMPOS, 2011) que podem revelar importantes características sobre o fazer saúde no cotidiano do serviço: quem faz, o que e por que faz, de que modo e para quem faz (MERHY, 2013).

Na perspectiva de avaliação do trabalho na SF, a Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011, revogada pela Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015, dispôs sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB (PMAQ-AB), tendo como uma de suas diretrizes “estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da AB” (BRASIL, 2015). Esse tema tem sido objeto de estudo de diversos autores que, por meio de instrumentos específicos de avaliação, compartilham o desempenho do sistema de saúde (BRASIL, 2015) que posteriormente serão trazidos na revisão bibliográfica do estudo.

De certa forma, pode-se dizer que nesta investigação também será avaliado o trabalho na SF, porém sem a aplicação de instrumentos oficiais, com ou sem escores, para mensurar distintas dimensões que envolvem os aspectos físicos das USFs, os trabalhadores e o seu trabalho, bem como a satisfação dos usuários quanto ao acesso e à utilização dos serviços (BRASIL, 2015). Serão identificadas e analisadas, por meio da experiência cotidiana dos profissionais (da enfermeira), as possibilidades para reconhecer e atender as demandas, necessidades e expectativas dos usuários, possivelmente trazendo vários elementos dessas três dimensões.

1.2 O suporte teórico do estudo

Para identificar e analisar as possibilidades (ou brechas) nas quais as demandas, necessidades e expectativas dos usuários são tomadas como objeto do trabalho da enfermeira na SF, depara-se com o referencial da organização tecnológica do processo de trabalho, que abarcam elementos teóricos da categoria trabalho discutidos por Karl Marx, George Hegel, Marta Harnecker, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, bem como Emerson Merhy, Laura Feuerwerker, Marise Ramos e Ana Lucia Abrahão que debatem o processo de trabalho no campo da saúde.

Para se compreender o processo de trabalho na saúde, é necessário definir, inicialmente, o conceito de trabalho e produção no contexto do capitalismo. Trabalho é a atividade humana

⁵ Mais adiante será abordado o atual modelo de atenção em saúde na página 42.

desenvolvida no processo de produção de bens que implica em gasto de energia ou força de trabalho. Como a força de trabalho representa a energia humana empregada no processo de trabalho, pode-se afirmar que força de trabalho não é sinônimo de trabalho (HARNECKER, 1983).

Produção significa transformação que se caracteriza por um processo de trabalho no qual o homem transforma a natureza em algo útil por meio de relações de produção⁶ que caracterizam o cenário no qual o trabalho se desenvolve (HARNECKER, 1983). O processo de trabalho:

constitui um dos polos de uma tríplice relação dialética que inclui o homem e natureza, cujo desenvolvimento é o desenvolvimento da história (...), onde o homem aparece como produto e criador da natureza através do processo de trabalho e como produto e criador do processo de trabalho através da natureza. (...) O homem não trabalha nunca isolado dos outros homens (...) e os carecimentos, que transformados em finalidade, guiam todos os processos de trabalho (MENDES-GONÇALVES, 2017, p. 318-319).

Ao esclarecer essa realidade, Mendes-Gonçalves (2017) resgata as ideias de George Hegel e Karl Marx pois, para os autores, o trabalho é o fator que medeia a relação entre o homem e a natureza (ALBORNOZ, 2008).

Marx (2010) revela em seus escritos a importância do vínculo ser humano-natureza ao afirmar que: “o trabalhador nada pode criar sem a natureza (...) ela é a matéria na qual o seu trabalho se efetiva, na qual é ativo, a partir da qual e por meio da qual produz” (MARX, 2010, p. 81). Aponta ainda que o trabalho é algo essencial para atender uma demanda e elementar ao desenvolvimento humano: “pois primeiramente o trabalho, a atividade vital, a vida produtiva (...) aparece ao homem como meio para a satisfação de uma carência, a necessidade de manutenção da existência física” (MARX, 2010, p. 84).

Albornoz (2008), seguindo a perspectiva marxista, classifica o sujeito como um produto social no qual o seu existir, o seu modo de viver, trabalhar, se reproduzir, se organizar e criar suas necessidades decorrem das relações em um determinado contexto histórico-social. Esse pensamento retoma as ideias de Hegel e de Marx, pois ambos apontam a relevância do ser e da formação do homem somente quando ele está inserido em uma comunidade (ALBORNOZ, 2008).

Marx afirma que “o indivíduo é um ser social. Sua manifestação de vida, realizada simultaneamente com outros é uma externalização e confirmação da vida social (...)” (MARX, 2010, p. 107). Nessa direção, pode-se dizer que a sociedade produz o homem enquanto homem, ao mesmo tempo em que ela é produzida por meio dele (MARX, 2008).

⁶ Segundo Harnecker (1983), a história reconhece cinco tipos fundamentais de relações de produção: o comunismo primitivo, a escravidão, o feudalismo, o capitalismo e o socialismo. Sob o regime capitalista, a base das relações de produção é a propriedade capitalista sobre os meios de produção e a inexistência de propriedade sobre os trabalhadores que vendem sua força de trabalho e submetem-se à exploração.

A relação do homem com a natureza, a sociedade (e seu contexto histórico-econômico-político-social) e o trabalho (e seus componentes) resulta em produção. Dessa forma, pode-se inferir, também, que o homem é o resultado da interação desses elementos entre si.

Quadro 1 - Representação da relação entre homem, natureza, sociedade e trabalho, Ribeirão Preto, SP, 2018

Fonte: Elaborado pela autora

Marx (1999) afirma ainda que a produção é um ato de consumo e o consumo, por meio da aquisição de um produto, retrata as necessidades de sujeitos – individual e coletivamente – o que determina a finalidade da produção. Ao mesmo tempo em que a produção cria um objeto para a necessidade, cria uma necessidade para o objeto. Da mesma forma, a produção cria um objeto para um sujeito e um sujeito para o objeto. Portanto, “sem necessidade não há produção, mas o consumo reproduz a necessidade” de um sujeito (MARX, 1999, p. 32).

Quadro 2 - Representação da produção e consumo de um objeto/produto segundo necessidades e finalidade, Ribeirão Preto, SP, 2018

Fonte: Elaborado pela autora

Ramos (2007) complementa que a satisfação das necessidades humanas também é um processo de transformação. Transformação primeiramente da própria natureza que se torna cada

vez mais humanizada e do próprio ser humano. Em suma, o trabalho tem como resultado ou finalidade a transformação do objeto, do meio ou da situação a ele submetido (RAMOS, 2007).

Para Hegel, a produção do objeto pelo homem é ao mesmo tempo um processo de autoprodução e autoconsciência. Ao produzir, o homem se reconhece, é reconhecido e admite a relação social de dominação na qual se dá a produção (ALBORNOZ, 2008). Ou seja, o trabalho, além de transformar a natureza, transforma aquele que trabalha (RAMOS, 2007). Importante ressaltar que apesar de Hegel e Marx admitirem o caráter transformador e formador do trabalho,

Marx vai além da interpretação do trabalho estabelecida por Hegel (...) e descobre que em torno do trabalho se estrutura a luta de classe. Desvenda, principalmente, a estreita relação entre forças produtivas e relações de produção, ou seja, entre produção material e relações sociais que se estabelecem em uma determinada sociedade (...) (SEMERARO, 2013, p. 100).

Harnecker (1983) e Marx (2008) referem que todo trabalho possui quatros elementos:

- a) o objeto sobre o qual se trabalha: a matéria bruta (que provém diretamente da natureza) e a matéria-prima (substância que já sofreu uma modificação anterior pelo trabalho) que sofrerão transformação em outro elemento;
- b) os meios com os quais se trabalha: condições indispensáveis que ajudam na modificação de um objeto em outra matéria, sendo determinantes do processo de trabalho;
- c) a atividade humana executada no processo de trabalho;
- d) o produto final: o resultado do processo de transformação.

O produto final do trabalho humano concretiza-se em objetos, mas também em gestos, atitudes, palavras, cores, sons, em realizações espirituais que apresentam a marca, a lembrança, a expressão de necessidades, esforços e habilidades nos quais o homem se percebe no ato e no produto desse trabalho (RAMOS, 2007).

O produto final também se adapta às necessidades humanas e carrega um valor de uso, ou seja, características qualitativas para sua utilidade que respondem a uma determinada necessidade (HARNECKER, 1983; MARX, 2008; RAMOS, 2007). Nesse sentido, “o trabalho (...) é a atividade que tem por objeto a produção de valores de uso, a adaptação dos meios exteriores as nossas necessidades, (...) exigência da vida humana, comum a todas as formas sociais” (MARX, 2008, p. 86).

A produção material de utilidade social é feita em estabelecimentos de produção sob a existência de forças produtivas nas quais os trabalhadores, que representam a força de trabalho, utilizam instrumentos para transformar uma matéria-prima (HARNECKER, 1983). As forças produtivas, no capitalismo, são ao mesmo tempo, a base material e a forma de existência histórica das relações de produção (HARNECKER, 1983). Nesse sentido, “nenhuma sociedade existe se

ao produzir não reproduz as condições materiais e sociais de sua existência” (HARNECKER, 1983, p. 14).

Em outras palavras, as relações de produção determinam o processo de trabalho e são fruto das relações técnicas (do homem com a natureza) e sociais estabelecidas entre os homens através dos meios de produção, bem como de um contexto social e historicamente estabelecido. Importante mencionar que as forças produtivas surgem da combinação dos elementos do processo de trabalho em um processo de produção determinado, ou seja, são produto de uma atividade anterior que tem como resultado uma certa produtividade de trabalho (HARNECKER, 1983).

Complementarmente, segundo Harnecker (1983), as forças produtivas estão diretamente relacionadas ao grau de desenvolvimento dos meios de produção que se aperfeiçoam no decorrer dos tempos a depender das relações de produção. Com essas considerações, esses aspectos do processo de trabalho podem ser representados da seguinte forma:

Quadro 3 - Representação das relações de produção e da produtividade no processo de trabalho, Ribeirão Preto, SP, 2018

Fonte: Elaborado pela autora

Contemporaneamente, a palavra trabalho traz várias linhas interpretativas conforme a área de estudo ou disciplina em que se apresenta como objeto de investigação.

Na Física, pode ser entendida como um produto da multiplicação de uma força pela distância percorrida pelo ponto de aplicação na direção da força ou ainda, um esforço empregado em vencer uma resistência. Na Mecânica, como ação de uma força que põe em movimento um corpo que lhe oferece resistência. Na Fisiologia, como um fenômeno orgânico que acontece no interior dos tecidos. Finalmente, na Psicologia, como um tipo de ação pelo qual o homem atua

sobre uma matéria a fim de transformá-la, de acordo com normas sociais (MICHAELIS, 2009) – na mesma direção do referencial teórico desta investigação.

Assim como a ciência, os determinantes políticos, econômicos e sociais de uma época e lugar também oferecem distintas leituras sobre o trabalho e a relação entre os aspectos envolvidos nessa atividade. Por exemplo: em comunidades isoladas indígenas regidas por deveres religiosos e familiares, o trabalho pode servir apenas para a subsistência. Na prática bélica, o povo conquistado pode se tornar escravo de novos senhores e trabalhar para sustentar o padrão de vida dessa nova classe social (ALBORNOZ, 2008).

Na organização do capitalismo, as linhas de montagens industriais trazem seções especializadas e mecanizadas que fragmentam o processo de produção de um objeto. Nessa ação, o trabalhador desconhece o conjunto da atividade exercida, sendo aprisionado em sua função, alienando-se do produto final e do processo do trabalho como um todo (ALBORNOZ, 2008).

Gomes e Schraiber (2011) reforçam que a alienação é o estranhamento do homem perante o exercício de uma atividade, de seus meios, produtos e objetos de trabalho, bem como dos outros homens. Ou seja, a alienação acontece quando o controle do processo de trabalho pertence a outro e o trabalhador não se reconhece no sistema produtivo.

Sobre a alienação no trabalho, Campos (2015, p. 27) complementa que a “alienação real dos trabalhadores é a separação concreta e cotidiana, dos produtores da gestão dos meios de produção e do resultado de seu próprio trabalho”, ou seja, o trabalhador é desprovido de sua autonomia para exercer a cogestão de seu processo de trabalho. Nesse sentido, a alienação formal é resultante de determinantes que podem se transformar em real por meio da mediação de métodos autoritários de gestão (CAMPOS, 2015).

Ainda segundo Campos (2015), a alienação dos trabalhadores é uma característica estabelecida pelo modo taylorista de gestão⁷ também conhecida como racionalidade gerencial hegemônica. Esse modo de gestão implica em dominação, em autoritarismo, em distanciamento de poder/saber entre os empregados e chefes. Resulta em uma educação para a renúncia dos interesses, necessidades e desejos do trabalhador, bem como para o medo, o silêncio e a aceitação do fazer específico e fragmentado do trabalho sem contestação.

Retomando as diversas concepções de trabalho, Albornoz (2008) reconhece seus significados particulares, compartilha das concepções hegeliana e marxista, de que o trabalho

⁷ É um modelo de administração/gestão dos processos de trabalho, também conhecido como taylorismo. Foi desenvolvido no século XX por Frederick Taylor considerado o pai da administração científica (CAMPOS, 2015). Ela se baseia nos princípios da racionalização produtivista do trabalho que consiste na separação das funções de concepção e planejamento das funções de execução, na fragmentação e na especialização das tarefas, no controle de tempos e movimentos e na remuneração (RAMOS, 2007).

humano é um processo de transformação, acrescentando que o seu exercício pode ser entendido também como ocupação permanente, ofício ou profissão.

A autora, assim como Marx (1999), Merhy (2013), Merhy e Feuerwerker (2016) e Ramos (2007) refere que no trabalho humano há intencionalidade dos atos, enquanto os animais agem por instinto: “A diferença do trabalho animal, que para satisfazer suas carências, devora e destrói o objeto – a natureza – o homem o trabalha e o transforma, antes de consumi-lo” (ALBORNOZ, 2008, p. 62).

Todo esse pensamento sobre os sentidos da categoria trabalho pode ser transportado ao campo da saúde, o que permite dizer que o trabalho em saúde também é um processo: um processo articulado com as estratégias políticas e econômicas do capitalismo⁸, cuja preocupação central era, inicialmente, controlar a ocorrência das doenças e evitar a incapacidade para trabalho e para a produção (LIMA, 2007).

Nesse sistema de produção, a prevenção de danos à população tornou-se condição primordial para aumentar a capacidade produtiva que possibilitaria a acumulação de riqueza, a constituição dos exércitos, o aumento da força do Estado e do poder das monarquias absolutistas que, na Europa, apoiavam a expansão do capitalismo. Portanto, qualquer diminuição da produtividade do trabalho causada por doença ou morte era um problema econômico significativo. Logo, o trabalho em saúde deveria ser capaz de remover todos os obstáculos para aumentar a população apta para o trabalho produtivo (LIMA, 2007).

O trabalho em saúde surge quando o homem procura respostas para suas necessidades de saúde e inicia esse tipo de trabalho mediando diversas articulações para satisfazê-las e satisfazer essas necessidades é um dos elementos fundamentais para a sobrevivência dos homens em sociedade (LIMA, 2007; RAMOS, 2007).

Nesse sentido, o processo de trabalho na saúde representa um tipo de ação intencional (com uma certa finalidade) praticada por distintos trabalhadores, com auxílio de instrumentos, para satisfazer carências específicas de outros sujeitos (e serem consumidos por eles) inseridos em um determinado contexto (MENDES-GONÇALVES, 2017).

É uma interação entre o trabalho de profissionais, objetos, tomados como matéria-prima e ferramentas (ou instrumentos), que resultará na produção de um produto específico – cuidados de saúde (MERHY, 2014; MERHY; FEUERWERKER, 2016; PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008; PIRES, 1999).

⁸ Esse sistema macropolítico de produção que rege a sociedade interfere diretamente sobre ações, comportamentos, necessidades e subjetividades que podem ser ditados por padrões de mercado e estimulados pelos canais de comunicação (ABRAHÃO, 2007).

Em outras palavras, as práticas e/ou cuidados em saúde, como toda atividade humana, são atos de trabalho produtivos que modificam alguma coisa e produzem algo novo. Buscam alterar um estado de coisas estabelecido como necessidades ou demandas constituídas a partir de uma finalidade social/historicamente construída (FEUERWERKER, 2014; MERHY; FEUERWERKER, 2016).

As práticas de saúde são orientadas por saberes técnico-científicos (saber tecnológico), por um modelo ou projeto de atenção à saúde (FEUERWERKER, 2014; MERHY; FEUERWERKER, 2016) e pela concepção do processo saúde-doença que se forma em uma sociedade (BATISTELLA, 2007a; SANTOS, 2014).

Segundo Batistella (2007a, 2007b), as teorias que explicam o processo saúde-doença perpassaram por interpretações mágico-religiosas, por explicações racionais na Idade Média e no Renascimento, pela compreensão guiada pelo surgimento da Medicina Social, pelos modelos da uni/multicausalidade e, mais contemporaneamente, pelo modelo conceitual dos determinantes sociais.

O modelo conceitual dos determinantes sociais estabelece que as condições mais gerais (macropolíticas) – socioeconômicas, políticas, culturais e ambientais de uma sociedade – interferem diretamente nas condições de vida (habitação, saneamento, trabalho, transporte, saúde e educação) e nas relações sociais (BATISTELLA, 2007b).

O modelo ou projeto de atenção à saúde diz respeito ao modo como são organizadas e ofertadas as ações e serviços no setor em uma sociedade que deve articular diversos tipos de recursos (físicos, materiais, tecnológicos, humanos, financeiros, sanitários, de gestão) para atender os problemas de saúde e necessidades de uma coletividade (ABRAHÃO, 2007; MATTA; MOROSINI, 2008; SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

O atual modelo de atenção, também denominado médico-hegemônico, biomédico, curativo ou racional, caracteriza-se por um grupo de interesses sociais que desenha um certo modo técnico-científico de produzir os atos em saúde que empobrece uma determinada dimensão desse ato (médico) em prol de outro(s) que expressaria(m) melhor os interesses impostos para esse setor (MERHY, 2014).

Feuerwerker (2014), Merhy e Feuerwerker (2016) e Pires (1999) referem que nesse modelo, o médico detém o saber, representando o elemento central da assistência que subordina suas decisões e os demais profissionais que participam da produção do cuidado à produção de procedimentos.

Essa afirmação pode ser constatada no exemplo trazido pela reflexão de Fortuna et al. (2005), por meio do qual o usuário chega com uma demanda ao serviço, passa por diferentes

trabalhadores alocados, geralmente, em distintas salas onde cada um faz uma parte do atendimento até a chegada do médico. Essa fragmentação da atenção caracteriza a queixa-conduta, resolvida com a prescrição de medicamentos e procedimentos individuais descontextualizadas da vida social da pessoa que buscou atenção (FORTUNA et al., 2005).

Segundo Merhy e Feuerwerker (2016), os arranjos hegemônicos são eficazes na produção de respostas pontuais em situações de urgência e emergência em que a gravidade do problema biológico leva o usuário a abrir mão de sua autonomia para submeter-se ao tratamento proposto pela equipe. No entanto, são ineficazes quando, passado o momento de crise, o usuário reassume o comando de sua vida em seu contexto sociofamiliar com seus valores, desejos, crenças, saberes e necessidades que, muitas vezes, transcendem o biológico.

Na ideia de associação entre o trabalho dos profissionais, ferramentas e objetos, Merhy (2013, 2014) denomina *tecnologia* todos os instrumentos envolvidos no trabalho em saúde, ordenando-as como: *leves*, que se referem às relações produzidas pelo contato entre usuários e profissionais em um espaço comum; *leve-duras*, que abrangem os conhecimentos intelectuais e técnicos aplicados no setor; e *duras*, que incluem as máquinas ou equipamentos, normas e rotinas institucionais.

Essas *tecnologias* são articuladas e operadas no local onde se presta a assistência, por meio de conhecimentos específicos de profissionais cujas ações, geralmente fragmentadas e desarticuladas, são fruto do atual modelo e responsáveis pela produção dos cuidados na área (MALTA; MERHY, 2010). Importante dizer que, muitas vezes, esse cuidado não responde às reais necessidades em saúde dos usuários: apenas reflete os interesses desse modelo de atenção que não valoriza os determinantes sociais e as subjetividades que permeiam o universo do processo saúde-doença (MALTA; MERHY, 2010) e que coloca o usuário em uma posição passiva na condução de sua saúde (FEUERWERKER, 2014).

Outra questão que se apresenta como essencial para se compreender o processo de trabalho em saúde nos diversos níveis assistenciais é a dinâmica entre produção, consumo e necessidade em um cenário no qual o usuário de um serviço busca consumir algo cujo valor permite a manutenção ou reestabelecimento de sua autonomia (MERHY, 2013, 2014).

Nessa situação, o ato de produzir (ações de saúde) é simultâneo ao ato de consumir que pode ser direcionado ou não pelas necessidades de quem busca a atenção (FEUERWERKER, 2014; MERHY, 2013, 2014). Portanto, se consumo e produção ocorrem concomitantemente, a relação entre profissional (quem produz) e usuário (quem consome) influencia o processo de trabalho, seja na produção ou no consumo (ABRAHÃO, 2007; COMBINATO; MARTINS, 2012; FEUERWERKER, 2014).

O trabalho no campo da saúde é cooperativo (composto por vários trabalhadores que executam a mesma tarefa, tarefas bem semelhantes ou complexas) e coletivo (constituído por diversos profissionais com distintos graus de formação), marcado por uma divisão técnica e social (HARNECKER, 1983; PIRES, 2008) que orienta a forma de organizar e produzir os cuidados.

Em um contexto marcado pelo modelo da biomedicina ou flexneriano⁹ de ensino e atenção, a fragmentação do processo de cuidar, a separação entre concepção e execução das tarefas, a padronização de atividades distribuídas entre os agentes e a hierarquização de atividades com atribuição de diferentes valores à remuneração da força de trabalho caracterizam o trabalho em saúde (PIRES, 2008). A propósito, todas essas condições podem contribuir para a alienação no processo de trabalho, já discutida por Albornoz (2008), Campos (2013) e Gomes e Schraiber (2011).

Para avançar na compreensão do processo de trabalho em saúde é necessário, ainda, trazer alguns componentes (materiais e não-materiais) que integram esse movimento (ABRAHÃO, 2007):

O encontro entre usuário (portador de uma necessidade, demanda e expectativa) e trabalhador (portador de um arsenal de saberes e práticas específicos) enseja um processo de: escuta dos problemas, troca de informações, reconhecimento mútuo de direitos/deveres e decisões que possibilitem intervenções pertinentes para sanar os problemas dos usuários dá-se o nome de *espaço intercessor* (ABRAHÃO, 2007; MERHY, 2013). É nesse encontro que o trabalhador pode captar a singularidade, o contexto, os modos específicos de viver do usuário, de forma a enriquecer e ampliar o seu raciocínio clínico (ABRAHÃO, 2007; FEUERWERKER, 2014).

Esses processos desencadeados no *espaço intercessor* podem ser influenciados positiva ou negativamente pelo *vínculo* entre o usuário e o profissional de saúde. O *vínculo*, por sua vez, pode ser compreendido como a circulação de afeto entre as pessoas e se constrói quando se estabelece algum tipo de dependência mútua: os usuários precisam dos trabalhadores para resolver seus problemas no sistema de saúde e estes dependem daqueles para o seu exercício profissional. O *vínculo* permite que os usuários se sintam apoiados e respaldados para coparticipar de mudanças em sua vida (CAMPOS, 2013).

Nesse *espaço*, o trabalhador emprega um *autogoverno* que se refere às decisões a serem tomadas ou ao modo de atuar/intervir frente à situação trazida pelo usuário que dependerão de

⁹ Esse modelo de atenção, baseado no relatório do mesmo nome de 1910, orientou a organização das escolas médicas americanas e contribuiu para organizar o trabalho médico e de outros profissionais de saúde, em maior ou menor grau, em torno de partes do corpo adoecidas, fragmentando o ser humano, desconsiderando a sua individualidade e subjetividade nas práticas de saúde (PIRES, 2008), privilegiando a abordagem individual, curativa e centrada em hospitais (LEITE; VELOSO, 2008).

uma série de aspectos, tais como o modelo de atenção ofertado e a organização dos serviços e ações na área, por exemplo. Ademais, essa expressão pode se referir à autonomia do profissional no exercício do seu processo de trabalho (MERHY, 2013).

Abrahão (2007) refere que o trabalhador possui diferentes graus de autonomia em seu cotidiano. A autora aponta que lidar com a saúde das pessoas é lidar com o inesperado e, por isso, o trabalhador precisa de criatividade e de um alto grau de autonomia para improvisar, ter iniciativa e executar seu trabalho de maneira eficaz. Entretanto, a autonomia, muitas vezes, é confundida com a mera vontade do profissional em burlar normas para atender certos acordos individuais (ABRAHÃO, 2007).

Por outro lado, a produção de atos de saúde mecanizados e normatizados que excluem as peculiaridades dos usuários promovem graus de autonomia cada vez menores. Dessa forma, a preservação da autonomia é a única garantia de não se alienar e não padronizar processos de singularização no trabalho em saúde (ABRAHÃO, 2007).

A autonomia tem relação com as tecnologias leves e, consequentemente, com a produção de atos de saúde, caracterizando o *trabalho vivo* (ABRAHÃO, 2007), na relação trabalhador-usuário que é aquele em que o ato acontece quando as pessoas se encontram e produzem algo (MERHY, 2013, 2014).

Nesse momento, o trabalhador pode utilizar tecnologias duras, resultados de um trabalho humano anterior, denominado *trabalho morto* (MERHY, 2013, 2014), dentre os quais se destacam: equipamentos de imagens, dados físicos e exames laboratoriais. Esses produtos consomem o trabalho morto da máquina e o trabalho vivo do trabalhador, havendo uma captura predominante do momento vivo pela lógica produtiva instituída no equipamento (MERHY, 2014).

Importante dizer que no processo de trabalho cotidiano, existe a relação dos trabalhadores entre si, destes com os usuários e com o meio social que caracteriza a *micropolítica do trabalho em saúde*, responsável pelas diferentes formas de recepcionar, compreender, responder às necessidades de saúde (produzir cuidados e subjetividades) (ABRAHÃO, 2007). Portanto, a micropolítica é *relação-ação* (ABRAHÃO, 2007) por meio da qual se pode identificar práticas de saúde (boas ou não) e onde se constrói a potência para transformar o cotidiano do trabalho (SANTOS, 2014).

Com relação às boas práticas de saúde na direção da integralidade, destaque para a resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária que dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde. Esse regulamento técnico estabelece

requisitos baseados na qualificação, na humanização da atenção e da gestão, na redução e controle de riscos aos usuários e ao meio ambiente (BRASIL, 2011b).

A humanização da atenção pretende valorizar a dimensão subjetiva e social dos usuários, em todas as práticas de saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos dos cidadãos, respeitando suas singularidades, independentemente de gênero, etnia, raça ou orientação sexual, garantindo acesso às informações sobre saúde e sobre os profissionais que o atendem (BRASIL, 2011b).

Ainda nesse encontro micropolítico, os profissionais possuem e se utilizam, segundo a finalidade do trabalho, de *valises* que representam *caixas de ferramentas tecnológicas* como saberes, desdobramentos materiais e não materiais que se articulam entre si no momento da produção do cuidado. A primeira *valise*, vinculada à sua mão, é formada por tecnologias duras; a segunda *valise* está em sua cabeça e se refere às tecnologias leves-duras; e a terceira é a relação entre trabalhador e usuário que se caracteriza pelas tecnologias leves (ABRAHÃO, 2007; MERHY, 2014; MERHY; FEUERWERKER, 2016).

A depender da combinação desses três tipos de tecnologias, distintos modelos de atenção à saúde podem se configurar. Por exemplo: na medicina tecnológica há um empobrecimento da caixa de ferramentas das tecnologias leves, deslocando-se o arranjo tecnológico para uma articulação especial entre as tecnologias duras e leve-duras, na qual o trabalhador de saúde produz procedimentos que passam a ser o ato de saúde (FEUERWERKER, 2014; MERHY; FEUERWERKER, 2016).

Importante dizer que a conformação tecnológica operada pelos modelos de atenção é produto de um processo de disputas social e política de forças que têm interesses no que está sendo produzindo, impondo suas finalidades nesse processo de produção (FEUERWERKER, 2014).

O processo de trabalho em saúde ainda sofre influência de *forças instituídas*¹⁰ que estão constituídas, dadas, determinadas, cristalizadas, enraizadas, hegemônicas e que, atualmente, estão sendo questionadas. Essas forças, tais como: o modelo capitalista de produção (centrada em lucro financeiro), o médico-hegemônico ou o da saúde pública¹¹ (centrada em resolver problemas específicos de um certo grupo populacional) como focos da produção de saúde de maneira coletiva e generalizada, tendem a ser repensadas e reorganizadas (MERHY, 2013).

¹⁰ *Força instituída* é uma lógica dominante que determina a produção dos atos de saúde (MERHY, 2014).

¹¹ Segundo Campos (2013), a Saúde Pública trabalha com a vulnerabilidade de grupos sociais e riscos populacionais. Seu objeto de trabalho é uma coletividade em determinado território, elegendo prioridades para concentrar sua intervenção.

Outrossim, esse mesmo processo sofre a influência de *forças instituintes* que estão em processo, sendo desenvolvidas na contramão do que está instituído, tal como: um modelo de assistência que valorize, reconheça e avalie a singularidade das necessidades, focando o processo de trabalho nos usuários e na defesa da vida (MERHY, 2013), ou seja, processos não hegemônicos (contra ou anti-hegemônicos) (FEUERWERKER, 2014).

Diante desse cenário, há possibilidades de intervenções e mudanças na lógica atual em que preside o processo de trabalho, pois esses elementos, conhecidos como *ruídos*, podem abrir *fissuras* e prováveis *linhas de fuga* nas *forças instituídas* (MERHY, 2013).

Trazendo esses termos para os objetivos desta investigação, buscou-se identificar esses aspectos, designados como possibilidades ou brechas (forças instituintes) no processo de trabalho da enfermeira da SF, no atual modelo de atenção (força instituída) que revelem a preocupação com um atendimento mais integral e integrado, no sentido de reconhecer as necessidades dos usuários para produzir, organizar e ofertar as ações e serviços de saúde.

Dessa forma, propôs-se evidenciar os sentidos que têm conduzido o cotidiano do trabalho da enfermeira, revelando também, as demandas, necessidades e expectativas dos usuários da SF. Portanto, espera-se que os resultados possam contribuir com reflexões sobre a forma de atuação e com intervenções na prática em saúde, evidenciando a qualidade da atenção prestada.

1.3 Demandas, necessidades e expectativas dos usuários na perspectiva da integralidade e o trabalho da enfermeira

Tendo em vista o quanto exposto, foi possível verificar que existe uma relação entre o processo de trabalho e as demandas, necessidades e expectativas dos usuários. Relação influenciada por vários aspectos macro e micropolíticos, de maneira que se faz necessário conceituar o que mobiliza os usuários até os serviços de saúde.

Demanda é a atitude do indivíduo de procurar o serviço de saúde, obter acesso e se beneficiar com um atendimento, seja consulta médica, consumo de medicamentos, realização de exames ou procedimentos, e o que mais tradicionalmente seja oferecido pelo serviço e percebido pelo usuário. A demanda se encaixa à oferta disponibilizada pelos serviços de saúde que, orientada pelo atual modelo de atenção, se traduz em atendimento à doença (CECÍLIO, 2009; PINHEIRO, 2009).

Uma demanda específica pode travestir uma necessidade mais complexa, envolvendo outras questões além do funcionamento biológico que podem ser percebidas e compreendidas por

meio de uma escuta qualificada do trabalhador que se utiliza de uma visão mais ampliada do processo saúde-doença (CECÍLIO, 2009; PINHEIRO, 2009).

Segundo Cecílio e Matsumoto (2006), as necessidades de saúde são históricas, dinâmicas, abrangentes, de natureza subjetiva e individual e se referem: a ter boas condições de vida, à garantia de acesso às tecnologias que melhorem e prolonguem a vida, ao vínculo com um profissional ou equipe de saúde e à autonomia e autocuidado na escolha do modo de conduzir a vida. Nessa perspectiva, importante destacar que:

há necessidades diferentes de vínculos para diferentes pessoas em diferentes momentos, (...) diferentes necessidades de consumo de (...) tecnologias de saúde, diferentes necessidades ligadas às condições de vida e (...) de construção da autonomia no modo de andar a vida (CECÍLIO, 2009, p. 128-129).

Por esses múltiplos e intrincados aspectos, autores afirmam que não é fácil reconhecer as reais necessidades de saúde por trás de uma demanda pontual. Essa tarefa depende da compreensão que os trabalhadores têm sobre as necessidades de saúde, da concepção do processo saúde-doença e do projeto/filosofia (modelo de atenção) que se defende e se pratica nas unidades de saúde que interferem, diretamente, na produção de cuidados (MATUMOTO; MISHIMA; PINTO, 2001; NASCIMENTO; MISHIMA, 2004; RAMOS, 2007).

A definição de demanda e necessidades remete à imagem de um *iceberg* onde a parte do bloco de gelo que emerge da água, a que se vê acima do mar, pode representar a demanda e a massa submersa, a que não se vê, pode carregar as reais necessidades dos usuários que buscam o serviço de saúde.

Com essa imagem do *iceberg*, foi traçada uma relação com a integralidade e o modelo hegemônico de atenção. Olhar somente para a parte que se mostra do *iceberg* não revela o tamanho total do bloco de gelo. Essa analogia pode ser confirmada pelos dizeres de Cecílio (2009) quando o autor refere que o atendimento de demandas pontuais, específicas e superespecializadas, pode não estar compromissado com a integralidade da atenção. Isso porque, na perspectiva hegemônica de produzir cuidados de saúde, a habilidade da escuta e do estar disponível para o outro para captar e decodificar a real necessidade (a massa submersa) trazida pela demanda (a parte emersa do bloco) pode estar direcionada à condição biológica do usuário. Portanto, captar a totalidade do bloco de gelo (parte emersa + parte submersa) pode ser um caminho para alcançar a integralidade da atenção.

No início dos anos 2000, Giovanella et al. (2002) conceituaram a integralidade em quatro dimensões: como predomínio de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças; como garantia de atenção em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde; como articulação

das ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação; e como abordagem global do indivíduo, famílias e populações.

Mattos (2009), discutindo os sentidos da integralidade, reflete sobre os valores que merecem ser retratados. O autor não define o termo; toma como ponto de partida a sua utilidade, discutindo três grandes sentidos da integralidade: a) a integralidade como um traço da boa medicina; b) a integralidade como modo de organizar as práticas e os serviços de saúde; e c) a integralidade como configuração de políticas públicas específicas para responder a um determinado problema de saúde ou aos problemas de saúde que afligem um certo grupo populacional.

No primeiro sentido, o autor afirma que o movimento da medicina integral critica a postura fragmentária e reducionista dos profissionais que divide o paciente em sistemas anátomo-fisiológicos (biológicos) desconsiderando outras necessidades relacionadas às suas dimensões psicológicas e sociais. Nessa prática mais racional, a integralidade pode conquistar um espaço, na medida em que todo o conhecimento sobre as doenças seja usado para guiar uma visão mais abrangente das necessidades de saúde. Nesse sentido, a percepção dos fatores de risco, o diagnóstico precoce e a prevenção de doenças, além da abertura para uma boa conversa podem ser aspectos a contribuir para a integralidade da atenção (MATTOS, 2009).

Santos, Mishima e Merhy (2018) completam que as necessidades objetivas – compreendidas neste contexto como queixas fisiológicas específicas que terão condutas pontuais – assim como as subjetivas, entendidas como os aspectos relacionados ao contexto de vida dos usuários devem nortear as ações da equipe de SF para alcançar a direção da integralidade da atenção.

Mattos (2009) ainda refere que a integralidade é um atributo de todos os profissionais de saúde e o seu desenvolvimento acontece por meio de atitudes, pelos movimentos que incidem sobre cada indivíduo. Portanto, a postura dos trabalhadores é fundamental para a integralidade e, em muitas situações, ela só acontece com a reorganização do processo de trabalho da equipe.

Nessa direção, a integralidade é tomada como uma dimensão das práticas profissionais (o trabalho) onde no encontro com o usuário, o trabalhador assume a responsabilidade por uma atitude mais ampliada e, portanto, integral. No entanto, deve-se reconhecer que a forma como as práticas estão conformadas socialmente, atreladas a outros aspectos já levantados, podem favorecer ou dificultar essas atitudes (MATTOS, 2009).

O autor afirma que discutir a integralidade no sentido das práticas profissionais faz emergir o segundo conjunto de sentidos referente à organização do trabalho nos serviços de saúde. A noção de integralidade exige uma certa horizontalização das ações programáticas verticais que

atendem problemas e doenças específicos. As equipes devem pensar suas práticas não mais sob o ponto de vista exclusivo da inserção do usuário em um programa específico (MATTOS, 2009).

Dito de outra forma, a integralidade não aceita mais que uma mulher com hanseníase seja acompanhada por um profissional que desconhece o acompanhamento ginecológico ou que um homem diabético com tuberculose e hérnia inguinal tenha que acessar três pontos distintos do sistema de saúde para ter encaminhada a resolução de seus problemas (MATTOS, 2009). Dessa forma,

não é aceitável que os serviços de saúde estejam organizados exclusivamente para responder às doenças de uma população, embora eles devam responder a tais doenças. Os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população (...). Por outro lado, cada vez que uma equipe, a partir de uma certa apreensão das necessidades de saúde da população, estrutura seu trabalho, definindo as ações prioritárias, ela corre o risco de romper a integralidade, por restringir suas ações ao instituído, deixando de responder às necessidades que lhes escaparam no momento da estruturação do serviço (MATTOS, 2009, p. 60-61).

Portanto, a integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde e se caracteriza pela busca permanente de ampliar as possibilidades de apreender as necessidades por meio de uma postura aberta ao diálogo entre diferentes sujeitos e maneiras de trazer e perceber as necessidades contextualizadas no modo de vida dos usuários (MATTOS, 2009).

De maneira simples, a integralidade começa a ser tecida a partir da relação entre usuário e trabalhadores na micropolítica do trabalho, visando à solução dos problemas que deveria se estender por toda a rede de atenção à saúde (ABRAHÃO, 2007).

No terceiro sentido, a integralidade trata das respostas governamentais a certos problemas de saúde ou às necessidades de certos grupos, por meio de políticas específicas ou especiais em dimensões mais abrangentes que os programas verticais. Nessa vertente, a integralidade pode ser exemplificada no atendimento do Programa de Saúde da Mulher, por meio do qual os problemas femininos são recortados (o útero grávidico, as mamas, o colo do útero) descontextualizando a mulher de seu mundo e ignorando as especificidades do seu adoecimento (MATTOS, 2009) – aspectos que se apresentam na contramão da integralidade.

Mais recentemente, a integralidade é tomada e reforçada no sentido de enfatizar a escuta, reconhecer as necessidades do usuário para oferecer o cuidado, trazendo esse sujeito para a produção ativa de cuidados, como também, no intuito de promover vínculo e continuidade da atenção, de compreender o processo saúde-doença de forma contextualizada e ampla, de atuar em equipe, de construir projetos terapêuticos compartilhados com os usuários, famílias e trabalhadores (FEUERWERKER, 2014).

Com essas considerações, “a integralidade da atenção recoloca o sentido que tem o trabalho em saúde na subjetivação da vida” (RAMOS, 2007, p. 54), sendo considerada “uma bandeira de luta (...) que tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária” (MATTOS, 2009, p. 45).

Cecílio (2009) complementa que não há integralidade sem a garantia da universalidade do acesso, pois esses princípios vão além do simples consumo ou acesso a serviços. Nessa perspectiva, remetem ao campo da micropolítica do trabalho com suas articulações, fluxos, circuitos e processos que refletem a macropolítica (o modo de operar o sistema de saúde). Portanto, condiciona impreterivelmente a “enxergar como o micro está no macro e o macro no micro” (CECÍLIO, 2009, p. 117) e que esse ciclo tem importantes implicações na organização do trabalho, gestão, planejamento e avaliação em saúde (CECÍLIO, 2009).

A partir da taxonomia das necessidades, Cecílio (2009), Pinheiro (2009) e Fracoli et al. (2011) afirmam que a integralidade precisa ser entendida nas dimensões focalizada e ampliada. Focalizada no sentido de a equipe multiprofissional reconhecer as distintas e singulares necessidades trazidas por uma demanda. E ampliada, tendo em vista a articulação das múltiplas integralidades focalizadas em rede, nos fluxos, processos e circuitos dos diferentes espaços, a partir das necessidades reais das pessoas.

Discorrem, ainda, que o cuidado individual, em qualquer serviço de saúde, deve estar sempre atento à possibilidade e à potencialidade de agregar saberes e práticas disponíveis na equipe e em outros locais, de saúde ou não (CECÍLIO, 2009; PINHEIRO, 2009).

Resumindo, a integralidade busca modificar processos de trabalho (de qualquer categoria profissional em qualquer estabelecimento de saúde) que se reduzem à abordagem do biológico, que objetivam as pessoas e limitam a escuta e o diálogo (MATTOS, 2009).

Quanto à definição de expectativa, Donabedian (1990) relaciona essa situação à categoria da aceitabilidade que, juntamente com outras¹², avalia a qualidade das práticas de saúde nos serviços. A aceitabilidade pode ser entendida como a aceitação ou correspondência de um cuidado às expectativas, desejos e valores dos usuários que envolve a acessibilidade¹³ e a relação dos usuários com os profissionais de saúde e com o serviço.

¹² As outras categorias que avaliam qualitativamente as práticas de saúde são: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1990).

¹³ Segundo Fekete (1997), acessibilidade facilita ou dificulta o acesso, ou seja, a chegada efetivamente do usuário a um determinado serviço ou o recebimento dos cuidados de saúde propriamente ditos. A acessibilidade depende de um conjunto de fatores geográficos, organizacionais, infraestruturais etc.

Zeithaml e Bitner (2003), especialistas da área de marketing, trazem outra definição que complementa o entendimento dessa expressão inicialmente estabelecida por Donabedian (1990). Segundo as autoras, expectativa é uma crença a respeito da execução de um serviço que funciona como padrão ou ponto de referência que julga o desempenho. Ao discutir questões relacionadas ao marketing de serviços bem-sucedidos, afirmam que os usuários possuem diferentes tipos de expectativas com relação aos locais de atendimento:

- a) o serviço desejado que reflete o que os clientes querem;
- b) o serviço adequado que mostra o que os clientes estão dispostos a aceitar;
- c) o serviço esperado, o que os clientes acreditam que provavelmente receberão (ZEITHAML; BITNER, 2003).

Ademais, as expectativas são influenciadas por fatores controláveis e incontroláveis, tais como: a necessidade pessoal, a filosofia do serviço, as alternativas oferecidas e o papel do usuário no serviço (ZEITHAML; BITNER, 2003).

Essa lógica marqueteira, que posiciona as expectativas no contexto de atendimento de serviços pode ser trazida para o campo da saúde, enseja a utilização do primeiro tipo de expectativa (o serviço buscado pelos usuários que traduz o que eles desejam) juntamente com todos os aspectos que a constroem e a influenciam.

Juntando toda essa discussão, verifica-se que nos estabelecimentos de saúde pode acontecer um desencontro entre demandas, necessidades e expectativas: o que o usuário considera problema ou necessidade, não necessariamente coincide com a concepção do trabalhador. Isso porque, este olha para o usuário com diferentes filtros ou lentes¹⁴ (FEUERWERKER, 2014) que podem ou não coincidir com o atendimento desejado, adequado ou esperado pelo usuário.

Não raramente, o usuário deseja a intervenção dos trabalhadores para que sua necessidade, travestida de demanda, incomode menos possível os modos de organizar o trabalho. Entretanto, os trabalhadores, esperam que o usuário reorganize sua vida, à luz do saber técnico-científico que responde à demanda, sem reconhecer, na maioria das vezes, a real necessidade do usuário (FEUERWERKER, 2014).

Porém, mesmo no contexto hegemônico de atenção que permeia o imediatismo das ações, os profissionais podem encontrar linhas de escape para dar outro sentido ao trajeto de solução da demanda que não aquele tradicionalmente previsto no atual modelo (MATUMOTO; MISHIMA;

¹⁴ Por filtros e lentes contempla-se as diferentes concepções de: saúde e doença, de trabalho, de necessidades, de modelo de atenção e de práticas que se entrelaçam no campo da saúde e determinam a produção do cuidado.

PINTO, 2001) e são justamente essas brechas e possibilidades que buscou-se encontrar no trabalho da SF, na perspectiva das enfermeiras.

Importante dizer que a enfermagem tem um importante papel na implantação, manutenção e desenvolvimento de políticas de saúde, em especial da SF, sendo considerada a profissão do futuro. Autores afirmam que auxiliares, técnicos e enfermeiras são os principais catalisadores de práticas de saúde, pois esses profissionais estão, mais frequentemente, na linha de frente dos serviços de saúde, acolhendo os usuários e providenciando respostas aos problemas trazidos (BARBOSA et al., 2004; BACKES et al., 2012).

No contexto da SF, a atuação da enfermeira ultrapassa a dimensão técnica, exigindo uma postura ativa no sentido de reconhecer os complexos condicionantes de vida que influenciam o processo de adoecimento para organizar, planejar, prestar e gerenciar o cuidado. O desenvolvimento de habilidades associativas (entre os diversos aspectos da vida do usuário) e interativas (entre os distintos saberes da equipe), por parte da enfermeira, pode auxiliar no reconhecimento e atendimento das necessidades de saúde (BACKES et al., 2012).

A potencialidade da prática clínica da enfermeira na AB é discutida por Matumoto et al. (2011) e evidenciada na literatura científica quando distintos autores descrevem a concepção e a experiência dessa trabalhadora nas atividades desenvolvidas prioritariamente por ela como, por exemplo, nas consultas de enfermagem para acompanhamento de grupos vulneráveis (gestantes, crianças, idosos, portadores de doenças crônicas-degenerativas) e no gerenciamento desse cuidado prestado pela equipe.

Nesse sentido, reitera-se que a enfermeira é reconhecida como um dos trabalhadores com potencial de desenvolver capacidades e habilidades de promover no conjunto da equipe de saúde, movimentos de intervenção e reflexão para: a integralidade da atenção no sentido de abordar o usuário holisticamente; identificar as necessidades dos usuários e integrar os diferentes cuidados; a intervenção em determinantes do processo saúde-doença, tomando o usuário como protagonista desse universo; e otimizar a produção de cuidados mais integrais e integrados na SF (BACKES et al., 2012; FORTES et al., 2018; OLIVEIRA; ANDRADE; SILVA, 2009).

1.4 Revisão de literatura

O processo de trabalho na SF tem sido objeto de pesquisa em diferentes tipos de estudos. Artigos, capítulos de livros, dissertações, livros, monografias, teses de doutoramento e outros tipos de materiais sobre o tema estão indexados em distintas bases de dados. Por isso, a relevância de apresentar o seu estado na arte.

Apesar da pretensão de identificar e analisar as brechas ou possibilidades nas quais as demandas, necessidades e expectativas dos usuários são tomadas como objeto do trabalho da enfermeira na SF, levou-se em consideração que o trabalho dessa profissional não está desarticulado do trabalho dos outros membros das equipes. Ademais, segundo Mattos (2009), a integralidade é uma postura que deve acompanhar todos os profissionais no cotidiano do trabalho.

Por isso, nessa oportunidade optou-se por buscar estudos que apresentassem o foco de investigação no trabalho na SF como um todo (e não em aspectos isolados do processo de trabalho) e nos trabalhadores em geral (e não em uma categoria específica), apesar dessas vertentes se mostrarem relevantes na etapa de discussão dos achados desta investigação.

Dessa forma, para nortear a busca de artigos, a seguinte pergunta foi feita: “O que as pesquisas mais recentes têm revelado sobre o processo de trabalho na SF?” Dito isso, realizou-se uma primeira busca *on-line* por artigos científicos publicados em periódicos mais recentes, de 2012 (ano de instituição da segunda PNAB¹⁵) a 2017 (ano de publicação da revisão na PNAB¹⁶), permutando as palavras-chave: [(estratégia and saúde and família) or (*family health strategy*) or (*estrategia de salud familiar*)] and [(processo and trabalho) or (*process and work*) or (*proceso del trabajo*)] no *Lilacs* (o mais importante e abrangente índice de literatura científica e técnica da América Latina/Caribe) e no *Bdenf* (importante base de dados bibliográficos da área da Enfermagem). Nessa primeira busca, foram encontrados 290 artigos dentre outros estudos, conforme a Tabela 1.

¹⁵ Em 2012, além do aumento dos recursos, a nova PNAB mudou o financiamento federal para a AB, passando a combinar equidade e qualidade. Em relação à equidade, o piso da AB fixo diferencia o valor por município, beneficiando o município mais pobre e com menor densidade demográfica. O aspecto da qualidade induz a mudança de modelo tradicional de atenção por meio da SF e cria um componente que avalia, valoriza e premia equipes e municípios, garantindo aumento do repasse de recursos. Ainda, atualizou conceitos e introduziu elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das redes de atenção. Avançou no reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil (houve a inclusão de equipes para a população de rua - os consultórios na rua, ampliação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF - UBSs fluviais e equipes para as populações ribeirinhas (BRASIL, 2012).

¹⁶ A PNAB de 2017 flexibilizou as regras para a AB, admitindo novas formas de cuidado e composições de equipes, para além das equipes tradicionais de SF que custarão menos ao governo federal; os ACSs não serão mais obrigatórios nas equipes mínimas e o horário de trabalho dos profissionais poderá ser reduzido para até 10h semanais, sendo possível a incorporação de até dois profissionais da mesma categoria para completar a jornada de 40h/s; os agentes de controle de endemias serão agregados às equipes mínimas e poderão executar técnicas que até então, eram específicas da equipe de enfermagem; o NASF-AB apoiará todas as conformações de equipes (que antes era restrito às equipes de SF); o atendimento das pessoas será facilitado em todas as unidades e não será mais vinculado ao endereço de moradia; todas as unidades deverão ter gerentes (preferencialmente com nível superior) exclusivamente dedicados às funções administrativas e gerenciais; as ações e serviços deverão seguir padrões essenciais (básicos) e ampliados (estratégicos) (BRASIL, 2017).

Tabela 1 - Tipos de estudos encontrados de 2012 a 2017, por base de dados, na primeira busca, Ribeirão Preto, SP, 2018

Tipos de estudos encontrados						
Bases de dados	Artigos	Capítulos ou livros	Dissertações	Monografias	Outros materiais	Teses
Lilacs	228	6	43	6	2	19
Bdenf	62	0	7	0	0	2
Total	290	6	50	6	2	21

Fonte: Elaborada pela autora

A segunda busca *on-line* foi realizada nas bases de dados: *Cinahl* (que indexa periódicos sobre Enfermagem e área correlatas da área da saúde), *Pubmed* (que oferece acesso a artigos científicos da área Biomédica), *Scopus* e *Web of Science* (bases de dados multidisciplinares) utilizando as mesmas palavras-chave e mesmo período das publicações. Essa busca ofereceu 502 artigos, segundo a Tabela 2.

Tabela 2 - Artigos encontrados de 2012 a 2017, por bases de dados, na segunda busca, Ribeirão Preto, SP, 2018

Bases de dados	Artigos encontrados
Cinahl	42
Pubmed	49
Scopus	199
<i>Web of Science</i>	212
Total	502

Fonte: Elaborada pela autora

Tomando como referência o foco no trabalho e nos trabalhadores da SF de maneira geral, para a abordagem dos 792 artigos científicos que se apresentaram nas buscas, realizou-se uma primeira leitura dos títulos e resumos dessas publicações, selecionando 114. Em seguida, uma segunda leitura desses metadados reforçou o sentido do objetivo das buscas – para o objeto, a finalidade, as ferramentas e os sujeitos dos estudos – além de possibilitar a exclusão das produções que se mostraram duplicadas.

Assim, 42 artigos, de 2012 a 2017, se enquadraram nesses critérios de inclusão e exclusão e se apresentaram nas bases de dados conforme a Tabela 3.

Tabela 3 - Artigos selecionados de 2012 a 2017, segundo as bases de dados, para compor a revisão bibliográfica, Ribeirão Preto, SP, 2018

Bases de dados	Artigos encontrados	Artigos selecionados
Bdenf	57	00
Cinahl	42	01
Lilacs	228	32
Pubmed	49	01
Scopus	199	03
<i>Web of Science</i>	212	05
Total	787	42

Fonte: Elaborada pela autora

Ressalte-se ainda a realização de uma última busca fracionada de artigos publicados de janeiro e abril de 2018, cujas informações não foram incluídas nas tabelas que apresentam os artigos encontrados e selecionados durante os últimos seis anos completos (de janeiro a dezembro). Nessa busca fracionada, selecionaram-se mais três artigos que estão devidamente apresentados na revisão.

Os artigos excluídos versavam sobre:

- a) formação profissional específica dos integrantes das equipes de SF, estagiários, residentes, graduandos e especializando relacionados ao Programa de Ensino pelo Trabalho para a Saúde, ao mestrado profissional, ao estágio supervisionado, à residência multiprofissional, à preceptoria, aos treinamentos e capacitações, aos cursos de especialização, às oficinas de instrumentalização, ao Programa de Qualificação e Desenvolvimento Profissional e às atividades ligadas a Programas de Extensão Universitária;
- b) aspectos específicos da SF e AB, como: classificação do grau de risco de famílias adscritas, regulamentação institucional para o acesso às unidades de saúde, validação semântica de instrumento para coordenação das redes de atenção, avaliação do processo de implantação do PMAQ, mapeamento cartográfico das USFs, saúde do trabalhador/ocupacional e seus riscos, ética e bioética no cuidado, questões operacionais e organizacionais da saúde mental e bucal, situação epidemiológica de doenças infecciosas, monitoramento de limpeza e desinfecção de materiais e revisões de literatura a respeito da SF;

- c) experiência de Organizações Sociais no gerenciamento da SF, construção de Fundação Estatal de SF que presta serviços sociais na AB;
- d) relatos sobre a atuação de apoiadores matriciais na saúde mental, das equipes do NASF e de seus integrantes: psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, psiquiatras, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e educadores físicos, bem como experiências sobre a intersetorialidade saúde-educação com crianças;
- e) concepção dos usuários da SF sobre condições de saúde e de vida específicas, controle social, determinantes sociais e históricos de cuidados de saúde, acolhimento, violência conjugal, educação popular e educação em saúde;
- f) o perfil sociodemográfico, econômico e profissional dos ACSs, o conhecimento desses profissionais a respeito de seu trabalho, função na equipe e papel da SF e assuntos relacionados às demandas específicas dos usuários (como exemplo: saúde sexual e reprodutiva, saúde bucal, educação alimentar e nutricional em crianças, controle da tuberculose etc.) e relevância de sua participação social junto à comunidade;
- g) descrição, concepção e análise das atividades desenvolvidas prioritariamente pelas enfermeiras (consulta de enfermagem, supervisão técnica, gerenciamento da equipe, implantação da sistematização da assistência de enfermagem) e sua atuação com grupos populacionais em situações peculiares (tais como: idosos, visitas domiciliares, notificações compulsórias, transferência da política do tratamento diretamente observado da tuberculose, aleitamento materno, planejamento familiar, dentre outros) e em Programas Nacionais (Atenção Integral à Saúde do Homem, da Mulher, do Adulto, do Idoso e da Criança);
- h) processos de trabalho desenvolvidos por gerentes e profissionais específicos das equipes tratados de maneira isolada;
- i) percepção dos médicos sobre a sua prática profissional e o atendimento desse profissional frente às demandas singulares, bem como a avaliação do Programa Mais Médicos;
- j) entendimento dos profissionais das equipes sobre diferentes temas (a exemplo da promoção da saúde e controle social), instrumentos do trabalho (utilização da caderneta de saúde da criança, prontuários e sistemas eletrônicos), grupos (terapias comunitárias integrativas, grupos educativos de assuntos específicos sobre saúde) e movimentos (PalhaSUS e a Saúde em movimento nas ruas) que se apresentaram de forma pontual, não relacionada ao processo de trabalho das equipes;
- k) outros pontos no cenário da SF, tais como: demência e processo de envelhecimento com suas dimensões cognitivas, surtos de gripe, prevenção da transmissão vertical do HIV,

Bolsa Família e outros Programas Sociais, avaliação da implementação de diretrizes cardiovasculares na AP, situação vacinal de crianças, climatério, experiências de familiares de usuários com afasia e dor crônica.

Os 45 artigos selecionados (dois na língua inglesa e 43 em português), publicados entre 2012 e 2018, tiveram uma distribuição distinta nos diferentes anos: onze em 2012, sete em 2013, oito em 2014, sete em 2015, quatro em 2016, cinco em 2017 e, finalmente, três em 2018 (de janeiro a abril). Os artigos foram agrupados em grandes temas em sua apresentação, não obedecendo, necessariamente, à ordem cronológica crescente por ano de publicação.

Em pesquisa sobre a análise da implantação de cuidados paliativos na AB, Combinato e Martins (2012) abordaram o processo de trabalho na SF, também de maneira geral, afirmando que o modo de fazer, a ação e a finalidade exprimem a característica de uma atividade. Os autores referem que muitas vezes e em determinadas situações o modo de fazer da equipe pode ser tão ou mais importante que o próprio fazer.

Ao tratarem do tema, trazem a ideia da Clínica Ampliada¹⁷ proposta por Gastão Wagner de Souza Campos em seu Projeto Paidéia de SF¹⁸ ao afirmar que: “o modo de fazer na saúde deve considerar, muito mais que a doença, o sujeito e o seu contexto. (...) Esse modo de fazer significa considerar elementos orgânicos (biológicos), subjetivos e sociais do processo saúde e doença” (CAMPOS, 2013, p. 157).

Em USFs do centro oeste mineiro, Engela et al. (2018) verificaram que o atendimento a hipertensos se restringe à ação médica, por meio de solicitação de exames laboratoriais e terapia medicamentosa, não havendo nenhum acompanhamento sistematizado dos usuários. Os autores afirmam que a organização do processo de trabalho nas USFs dificulta a gestão do cuidado conforme as diretrizes do MS.

Ao mesmo tempo, os profissionais que participaram do estudo apontaram a cultura dos usuários, a falta de capacitação e rotatividade profissional, a sobrecarga de trabalho, a baixa adesão do usuário ao tratamento e a dificuldade de envolver a família no cuidado como fatores que dificultam a atenção aos hipertensos. Embora existam dificuldades, os autores referem que é

¹⁷ Campos (2013) afirma que a clínica ampliada ou a clínica do sujeito busca redefinir (ampliar) o objeto, o objetivo e os meios de trabalho na saúde, superar a clínica tradicional (com foco na doença) e ampliar o objeto de trabalho (olhando para o usuário, família e comunidade doentes ou com possibilidades de adoecer) de todos os membros da equipe de saúde.

¹⁸ O projeto Paidéia de SF foi implementado em Campinas-SP com o objetivo de defender a vida e promover o desenvolvimento integral do ser humano. Teve como proposta ampliar a prática clínica, incluir as dimensões sociais e subjetivas no processo de trabalho, vincular as equipes aos indivíduos e suas famílias responsabilizando-os pelo cuidado, além de integrar ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Ou seja: alterar o modelo assistencial e gerencial vigente sugerindo novos modos de fazer o trabalho em saúde (CAMPOS, 2013).

possível efetivar mudanças no atendimento aos hipertensos e que elas podem se iniciar na micropolítica do trabalho, buscando reorganizar as ações e seus objetivos (ENGELA et al., 2018).

Chagas e Vasconcellos (2013) e Souza et al. (2014) analisaram a produção do cuidado em USFs na Bahia e em Rio Branco-AC. Os estudos apontam que as ações dos trabalhadores das equipes são fragmentadas, centradas na figura do médico, sem construção de *vínculo* com o usuário e caracterizadas por práticas interdisciplinares pontuais. A primeira investigação revelou que a forma de organizar o processo de trabalho das equipes não tem um projeto comum, não há planejamento baseado na realidade local com participação da comunidade e identificação clara das atribuições de cada membro da equipe nesse processo e, tampouco, responsabilização coletiva pela organização do trabalho – aspectos que se apresentam na contramão das propostas da SF.

A segunda investigação discute a relação entre oferta e demanda de serviços de saúde que depende de determinantes organizacionais (custo, acessibilidade e mão de obra) para suprir as necessidades dos usuários. Os autores dessa pesquisa resgatam ainda os componentes micropolíticos¹⁹ do processo de trabalho em saúde para justificar a relevância da produção do cuidado articulada entre a equipe, bem como o papel da Saúde Coletiva no atendimento das necessidades dos usuários. Para compreender essa possibilidade como diretriz do trabalho, torna-se oportuno apresentar o seu conceito nos dizeres de Souza (2014):

(...) a Saúde Coletiva é uma área do saber que toma como objeto as necessidades sociais de saúde (e não apenas as doenças, os agravos ou os riscos) entendendo a situação de saúde como um processo social (o processo saúde-doença) relacionado à estrutura da sociedade e concebendo as ações de atenção à saúde como práticas simultaneamente técnicas e sociais (SOUZA, 2014, p. 11).

Nesse sentido, a Saúde Coletiva propõe superar as intervenções sanitárias por meio de programas temáticos voltados a problemas ou a grupos populacionais específicos que geralmente se baseiam em uma epidemiologia descritiva com abordagem normativa de planejamento e administração. Ela sugere intervenções articuladas de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, baseadas em uma abordagem multidisciplinar, dialogando com as Ciências Sociais, o que permitirá uma compreensão mais ampla e aprofundada das necessidades de saúde (SOUZA, 2014).

Finalizando a descrição das ideias de Souza et al. (2014), os autores destacam um processo de trabalho usuário centrado por meio do qual o *trabalho morto* e o *trabalho vivo* devem estar

¹⁹ Os autores referenciam Merhy (2013, 2014) e utilizam os componentes micropolíticos do trabalho em saúde – trabalho vivo, trabalho morto, relações intercessoras (vínculo) e caixa de ferramentas – já apontados anteriormente a partir da página 44.

alinhados para satisfazerem as demandas dos indivíduos, famílias e comunidade de forma integral, resolutiva e coparticipativa.

Frank et al. (2015) avaliaram a efetividade da AB direcionada a crianças, por meio do atributo longitudinalidade²⁰ em uma USF do oeste paranaense, utilizando o *PCATool-Brasil*²¹, versão criança, como instrumento de coleta de dados. Os resultados dos itens avaliados mostraram-se diferentes do esperado para o modelo da SF, refletindo a hegemonia do modelo de atenção biomédico/curativo. Os autores destacaram que as práticas de saúde voltadas ao conhecimento do contexto familiar e dos problemas e necessidades dos usuários ainda estão frágeis, evidenciando a falta de *vínculo* entre a população adscrita e a equipe de SF.

Os autores, de maneira geral, identificaram, por meio dessa ferramenta, a necessidade de promover mudanças nos processos de trabalho das USFs, especialmente no que se refere ao *vínculo* trabalhador-usuário, a fim de melhorar a qualidade da atenção prestada, satisfazer as necessidades dos usuários e, conseqüentemente, efetivar as diretrizes da SF e fortalecer a AB (FRANK et al., 2015).

Ainda na perspectiva do atributo da longitudinalidade, Arce e Sousa (2014) buscaram conhecer as práticas de saúde voltadas para a garantia desse atributo, referidas por profissionais e gestores locais das equipes de SF do Distrito Federal, e analisá-las em relação às dimensões apontadas por Cunha e Giovanella (2011)²².

Os discursos mostraram que as dimensões – fonte regular de cuidados e relação interpessoal – estão presentes no processo de trabalho dos profissionais na medida em que são adotados mecanismos, tais como: a busca pela resolução dos problemas dos usuários na própria USF, o planejamento das atividades, a valorização das visitas domiciliares e do papel dos ACSs, o fortalecimento do *vínculo* para o estabelecimento de relações duradouras, o trabalho em equipe, a escuta e o diálogo para garantir a continuidade do cuidado. A dimensão continuidade

²⁰ O PCATool (Primary Care Assessment Tool) define a longitudinalidade como a existência de uma fonte continuada de atenção e sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve ser uma relação interpessoal intensa que expresse confiança mútua entre usuários e equipe (BRASIL, 2010).

²¹ O PCATool é uma ferramenta efetiva para avaliar os serviços de APS. Apresenta 55 itens divididos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS: grau de afiliação com serviço de saúde, utilização, acessibilidade, longitudinalidade, coordenação (integração de cuidados e sistema de informações), integralidade (serviços disponíveis e serviços prestados, orientação familiar e orientação comunitária (BRASIL, 2010).

²² Cunha e Giovanella (2011), a partir de uma revisão bibliográfica sobre o tema, referem haver três elementos fundamentais na composição desse atributo: a existência e o reconhecimento de uma fonte regular de cuidados de AB pela população, o estabelecimento de *vínculo* terapêutico duradouro entre os usuários e os profissionais da equipe e a continuidade informacional que diz respeito à qualidade dos registros em saúde, seu manuseio e disponibilização de forma a favorecer o acúmulo de conhecimento sobre o usuário por parte da equipe devendo orientar a conduta terapêutica e favorecer sua avaliação.

informacional não foi referida nos discursos, sugerindo um maior e amplo entendimento de sua relevância para a organização do processo de trabalho da equipe (ARCE; SOUSA, 2014).

Nesse aspecto, os autores destacam que os registros de queixas-condutas nos prontuários são tomados como meras obrigações do serviço e não são reconhecidos como potentes instrumentos de análise do contexto sociocultural e dos determinantes do processo saúde-doença ou como dispositivos reais para planejar as atividades. Portanto, os autores aconselham as equipes a refletirem sobre a ampliação do campo em que se desenvolvem seus processos de trabalho, considerando a influência da terceira dimensão, em especial, para fortalecer a longitudinalidade na SF (ARCE; SOUSA, 2014).

Nessa mesma direção, Cruz et al. (2014) caracterizaram e avaliaram o uso de ferramentas de gestão e dispositivos para o monitoramento da prática das equipes de SF em todas as regiões brasileiras por meio da análise dos dados do *PMAQ-AB*²³ sobre avaliação externa²⁴ fornecidos pelo Departamento de AB do MS. Na ocasião, foram investigados: o planejamento das atividades (organização do processo de trabalho, das ações das equipes e discussão de casos), a autoavaliação e o apoio da gestão (por apoiadores institucionais ou outros profissionais) para a implementação dessas práticas.

Nas cinco regiões brasileiras, os achados se apresentaram de forma bastante diferenciada quanto às potencialidades e limites da aplicabilidade dessas ferramentas. Os autores concluíram que muitos avanços foram produzidos por algumas equipes, ao mesmo tempo em que outras necessitam de mais orientações sobre como efetivá-las e consequentemente, estimular, por meio de processos reflexivos, mudanças no cuidado e na gestão, tanto nas práticas quanto nas relações (CRUZ et al., 2014).

Coelho et al. (2012) descreveram a experiência da equipe gestora da AB do município de Maracanaú-CE na implantação de visitas de supervisão sistemática e de apoio técnico às equipes de SF. O trabalho de supervisão teve como objetivo potencializar e qualificar as ações na SF a

²³ O PMAQ-AB tem o objetivo de avaliar o desempenho do sistema de saúde nos três níveis de governo para subsidiar a tomada de decisão, garantir a transparência da gestão e dar visibilidade aos resultados, além de fortalecer o controle social e o foco nos usuários. Está organizado em quatro fases que se complementam em um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade, a saber: adesão e contratualização/recontratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização (BRASIL, 2013b).

²⁴ A avaliação externa consiste na terceira fase do PMAQ-AB, realizada pelo Departamento de AB em parceria com Instituições de Ensino e/ou Pesquisa (IEP). Nessa etapa, um grupo de avaliadores da qualidade, selecionados e capacitados pelas IEPs, aplicarão instrumentos para verificar padrões de acesso e qualidade alcançados pelas equipes e pela gestão. São realizadas observações de infraestrutura e condições de funcionamento das unidades de saúde, entrevista com profissionais das equipes e usuários e verificação de documentos/informações. As atividades dos avaliadores devem ser pactuadas com o gestor municipal, estadual e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde, possibilitando planejamento e logística adequados ao trabalho de campo (BRASIL, 2013b).

partir da identificação de aspectos que têm dificultado o alcance de melhores resultados no trabalho das equipes.

As principais deficiências elencadas se relacionaram ao cotidiano do trabalho, dentre elas: preenchimento inadequado de documentos (fichas de notificação, relatórios, prontuários, dentre outros), não cumprimento de prazos de entrega de relatórios, baixa otimização do serviço local relacionado à ausência ou não cumprimento de fluxos de trabalho internos e, sobretudo, conhecimento insuficiente sobre o funcionamento da rede de atenção, o que tem comprometido a resolutividade da SF. Os autores referem que esses achados podem refletir a inexistência de protocolos clínicos, de documentos técnicos e legislativos disponíveis sobre o planejamento e a organização do processo de trabalho das equipes e do sistema de referência aos demais níveis de atenção (COELHO et al., 2012).

Um estudo comparativo entre unidades de saúde com e sem SF realizado por Martins et al. (2016) revelou, por meio do PCATool e da opinião dos trabalhadores, que a organização do processo de trabalho na SF favorece os atributos da longitudinalidade, integralidade e orientação comunitária. Isso acontece porque os profissionais têm uma proximidade maior com os usuários por atendê-lo em consultas subsequentes, por conhecer seu contexto de vida na realização de atividades extramuros, além de discutir casos em reunião de equipe. Essas características contribuem para o vínculo com o ser humano e não apenas com o usuário que se apresenta no consultório dentro da unidade. Portanto, o melhor desempenho da SF no que tange a esses atributos pode agregar mais qualidade à AB (MARTINS et al., 2016).

Em outro estudo de avaliação, Santos et al. (2015) analisaram a descentralização da vigilância epidemiológica da esfera municipal baiana para uma equipe de SF. Foram avaliadas, junto aos gestores e membros de uma equipe, questões referentes ao planejamento de ações, treinamento, organização do processo de trabalho e da USF, além da comunicação com a instância local. Os autores revelaram que há muito mais dificuldades para a implantação desse movimento do que facilidades em todos os aspectos abordados.

No que diz respeito ao processo de trabalho, os resultados mostraram que a grande rotatividade dos profissionais da equipe (geralmente contratados temporariamente) é um fator que caracteriza a falta de planejamento, desenvolvimento e continuidade das práticas de saúde nessa área de atuação. Portanto, as ações ficam restritas ao controle de doenças transmissíveis por meio de notificação, investigação epidemiológica e vacinação preventiva conforme rotina municipal, em vez de serem planejadas e realizadas conforme as necessidades dos usuários (SANTOS et al., 2015).

Os autores acrescentam que para a descentralização da vigilância epidemiológica ser eficiente deve haver, inicialmente, vontade política para superar as adversidades relacionadas aos itens acima mencionados incluindo, por exemplo, os profissionais nos processos de gestão e os usuários no foco dos cuidados em saúde. Daí, então, pode-se conceder autonomia e horizontalidade à equipe e avançar para além do pacote epidemiológico básico e limitado (SANTOS et al., 2015).

Cunha et al. (2015) analisaram a descentralização do Programa de Controle de Tuberculose carioca para a SF e obtiveram achados similares ao estudo de Santos et al. (2015). A organização do processo de trabalho para o controle desse agravo também esbarra em problemas de recursos humanos, além de outros relacionados à infraestrutura, logística e organização de serviços de referência. Os autores afirmam que apesar da SF ser um cenário favorável ao controle de doenças crônicas, entre elas, a tuberculose, os atributos da longitudinalidade e da integralidade, assim como o *vínculo* entre usuário e trabalhadores/equipes/serviços precisam ser fortalecidos.

Rocha et al. (2012) avaliaram o desempenho da SF no município de Campina Grande-PB utilizando duas dimensões: avaliação da estrutura²⁵ e de processo. As informações sobre o processo de trabalho, sua organização e divisão técnica, obtidas em reunião das equipes, mostraram limitações relacionadas ao conjunto das atividades desenvolvidas, dentre as quais se destacam: o pouco tempo disponível para sua realização e a alta demanda de usuários, a falta de interesse de alguns profissionais e a carência de insumos, materiais e equipamentos.

A redução da demanda de usuários, por meio da sensibilização da população quanto ao trabalho na SF, foi apontada como a principal sugestão para melhoria da realização do conjunto das atividades nas USFs estudadas, seguida de capacitação de recursos humanos, integração da equipe e articulação entre os serviços de saúde e adequação do espaço físico. Todas as equipes referiram que as fragilidades de infraestrutura e as diferentes limitações associadas à organização do trabalho das equipes, da unidade ou do sistema local de saúde contribuem para a desumanização do trabalho e da atenção (ROCHA et al., 2012).

A estrutura e o processo de trabalho também foram analisados por Pedraza, Menezes e Costa (2016) que caracterizaram as ações de alimentação e nutrição na SF no município de Campina Grande-PB. Com relação aos recursos materiais disponíveis, os equipamentos antropométricos foram considerados os mais completos, seguidos pelos protocolos de

²⁵ Na avaliação da estrutura desse estudo foram abordadas questões sobre a adequação da área física, disponibilidade de recursos humanos, equipamentos, materiais, medicamentos e utilização de protocolos na uniformização e padronização da assistência. A área física foi avaliada considerando a percepção dos enfermeiros em relação a 13 itens estruturais das USFs de acordo com diferentes parâmetros de avaliação (dimensão, iluminação, ventilação, ruído e condições de área física) e classificada em adequada, inadequada ou razoável (ROCHA et al., 2012).

alimentação/nutrição, por estoques de suplementação e reidratação oral e por cartazes educativos. No que se refere ao processo de trabalho, as atividades mais executadas foram as de promoção da saúde e de apoio nutricional a grupos específicos da população.

Nessas dimensões de avaliação do trabalho, problemas quanto aos recursos materiais (material didático, fichas, suplementos inadequados em quantidade e/ou qualidade), o excesso de trabalho, a alta demanda de usuários e a situação socioeconômica da população foram mencionados como empecilhos para o desenvolvimento das ações de saúde, em especial para realizar o diagnóstico situacional que subsidia as condutas. Para melhorar o desempenho do exercício profissional foram sugeridas capacitação, disponibilidade de nutricionista na equipe bem como sensibilização e aceitação da população frente às orientações (PEDRAZA; MENEZES; COSTA, 2016).

Fortuna et al. (2013) reafirmam que o processo de trabalho em saúde se realiza por meio de uma divisão técnica e social de tarefas, tornando as ações fragmentadas e parcelares. Essa particularidade – bastante presente nos estudos referenciados – pôde ser evidenciada também, segundo as autoras, na operacionalização de grupos educativos, um dos dispositivos utilizados no processo de trabalho da equipe na SF.

Em uma USF do interior paulista, constatarem certa hierarquização de saberes e poderes na medida em que a opinião de alguns trabalhadores da equipe e de usuários foi desvalorizada no planejamento do cuidado em grupo. Esse aspecto é denominado pelas autoras como *força instituída* (FORTUNA et al., 2013) e se junta às outras que se quer reorganizar, como por exemplo, o modelo de atenção médico-curativista.

Os conceitos de *força instituída* e *força instituinte* também foram investigados na pesquisa de Fortuna et al. (2012) que analisaram as práticas de saúde de uma equipe de SF, em um município do interior paulista, por meio de encontros grupais que serviram como dispositivo para a aprendizagem, a autoanálise e a autogestão da micropolítica do processo de trabalho. Os encontros reproduziram as relações entre os trabalhadores da equipe e a relação desta com a população e se mostraram estruturados nas *forças instituídas* da educação²⁶, da justiça²⁷ e da divisão técnica e social do trabalho em saúde.

Fortuna et al. (2012) afirmam que essas relações obedecem a um modelo tradicional de assistência à saúde que podem ser repensadas quando compartilhadas para se enfraquecer o

²⁶ A instituição educação hierarquiza os saberes científicos no campo da saúde, excluindo do processo de cuidar os que possuem menos qualificação profissional (FORTUNA et al., 2012).

²⁷ A instituição justiça exclui do processo de trabalho da USF os usuários que faltam às consultas e aos grupos, que não aderem ao tratamento proposto pela equipe (FORTUNA et al., 2012).

instituído e permeabilizar novas maneiras de produzir cuidados em saúde, tal como sugere Merhy (2013).

Pires et al. (2016) identificaram o modo de trabalhar e as cargas de trabalho dos profissionais de enfermagem de USFs do Paraná, Distrito Federal e Pará, analisando suas implicações no acesso ao sistema de saúde. Os principais elementos que aumentam a carga de trabalho e podem dificultar o acesso estão relacionados às condições de trabalho: excesso de atividades e de demanda populacional, déficits na estrutura física e em recursos humanos, falhas no funcionamento da rede, baixos salários e jornada de trabalho excessiva e exposição dos trabalhadores à violência urbana.

Por outro lado, os relatos dos profissionais mostraram que o trabalho em equipe, o vínculo, as relações interpessoais fortalecidas, a presença dos ACSs, o perfil profissional para atuar na SF, o respeito à autonomia dos trabalhadores, o reconhecimento do trabalho e o alcance de resultados positivos contribuem para reduzir as cargas de trabalho e facilitar o acesso (PIRES et al., 2016).

A assistência oferecida a diabéticos em USFs de Maringá-PA foi objeto do estudo Santos, Silva e Marcon (2018) que verificaram como os enfermeiros percebem suas potencialidades e limitações no âmbito do trabalho da equipe. Os enfermeiros pontuaram questões internas ao trabalho da equipe, reconhecendo fortalezas e fragilidades bem como oportunidades e ameaças externas.

Como fortalezas, designaram a disponibilidade de medicamentos e insumos, a busca ativa de faltosos, o comprometimento do usuário e dos profissionais com o tratamento e o vínculo entre eles. Dentre as fragilidades, destacaram a descrença dos envolvidos no trabalho educativo, a falta de envolvimento de alguns profissionais que sobrecarrega o enfermeiro e falta de consulta médica nos grupos (SANTOS; SILVA; MARCON, 2018).

Os cursos de capacitação e atualização, a valorização da equipe e serviços pelos usuários foram tomados como oportunidades do trabalho. Fatores relacionados ao núcleo de atuação dos enfermeiros, bem como a reduzida adesão dos usuários e sua família ao tratamento proposto, o baixo número de consultas especializadas, a indisponibilidade de recursos físicos, materiais, além de pouca variedade de antidiabéticos orais (e desperdício dos mesmos) foram referidos como ameaça ao trabalho da equipe no atendimento às necessidades dos diabéticos na USFs (SANTOS; SILVA; MARCON, 2018).

Associando a forma de atuação dos profissionais da SF com o trabalho em equipe, Fernandes et al. (2015), assim como Navarro, Guimarães e Garanhani (2013) referem que o relacionamento entre os trabalhadores operacionaliza o trabalho e constitui elemento fundamental para o trabalho em equipe. Investir nas relações interprofissionais pode qualificar o processo de

trabalho das USFs e, conseqüentemente, a assistência prestada à população. Os autores, ao conhecerem as relações interpessoais estabelecidas em uma equipe de SF gaúcha e paranaense, perceberam inúmeras fragilidades que afetam o fazer em saúde.

No primeiro estudo, foi evidenciado que a falta de diálogo, de horizontalidade, de respeito, de motivação, de humanização, de afetividade, de comprometimento, de corresponsabilização, de reuniões de equipe e de espaços coletivos para discussão de casos podem interferir negativamente nas relações trabalhador-trabalhador e trabalhador-usuário no que se refere à interdisciplinaridade, ao cuidado integral, ao planejamento e à execução do cuidado (FERNANDES et al., 2015).

Na segunda investigação, os autores buscaram compreender o significado de trabalho em equipe, equipe e a sua realidade cotidiana na SF. De acordo com os profissionais, os sentidos do trabalho em equipe foram associados ao trabalho familiar e idealizado, a uma relação de ajuda, a um trabalho hierárquico e a um trabalho coletivo. Na oportunidade, caracterizaram equipe como um espaço em que cada membro tem seu papel específico. Os autores afirmaram que ao colaborar com o estudo, os participantes puderam refletir sobre o próprio processo de trabalho e o desenvolvimento de ações que visam a mudanças nas práticas, buscando maior autonomia e integralidade na assistência (NAVARRO; GUIMARÃES; GARANHANI, 2013).

Costa et al. (2014) avaliaram a resolubilidade do cuidado em saúde na AB a partir dos discursos de profissionais de quatro USFs de Fortaleza-CE. O estudo mostrou que a resolubilidade está implicada no trabalho multiprofissional. Segundo os autores,

a equipe multiprofissional conecta diferentes saberes, estabelece vínculos com base no conhecimento do trabalho do outro. Isso promove o entrosamento entre os profissionais e a valorização da sua participação na produção de cuidados, tornando o trabalho mais resolutivo (COSTA et al., 2014, p. 736).

Entretanto, o modelo biomédico dificulta a autonomia dos diferentes profissionais que ficam atrelados à conduta médica (como prescrição e encaminhamentos) para dar continuidade aos tratamentos propostos aos usuários. Esse aspecto, associado à fragmentação do trabalho, à falta de interação entre a equipe, à falta de responsabilização/acompanhamento /continuidade de um tratamento em consequência de um movimento de referência e contrarreferência deficiente e à alta rotatividade dos trabalhadores também foram apontados como obstáculos para organizar um processo de trabalho mais resolutivo, horizontal e integral que pode contribuir para a satisfação do usuário na SF (COSTA et al., 2014).

Nesse mesmo caminho de articular o trabalho da equipe, tomando-o como um dos elementos fundamentais para fortalecer o processo de trabalho e consolidar a SF como uma política social resolutiva, Ellery, Pontes e Loiola (2013) analisaram os saberes e práticas que

integram o campo comum de atuação²⁸ das equipes multiprofissionais de uma USF em Fortaleza-CE. Os profissionais destacaram que a formação universitária, de maneira geral, não prepara o futuro profissional de saúde para trabalhar em equipe, tampouco para dialogar com outros setores da sociedade que influenciam a vida das pessoas, o que reflete em um processo de trabalho restrito, fatiado e organizado em torno do núcleo de atuação²⁹.

Como resultado da pesquisa, os autores sistematizaram os saberes e práticas essenciais que compõem o campo comum de atuação na SF (incluindo os trabalhadores dos NASF): trabalhar em equipe; construir um plano de ação nos territórios em conjunto com a população, suas organizações sociais e demais instituições que atuam no território; desenvolver ações de educação em saúde; intervir em situações referentes à saúde da criança, da mulher e do homem; intervir em condições sociais da clientela; aplicar técnicas de primeiros socorros; adotar medidas de autocuidado, de cuidado com os colegas e com seu espaço de trabalho; adotar uma postura de acolhimento e estabelecimento de *vínculo* e responsabilização com usuários e trabalhadores da saúde; além de aplicar procedimentos metodológicos de pesquisa em saúde (ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013).

Ainda no tema do trabalho multidisciplinar, interdisciplinar e em equipe, Ferro et al. (2014) e Silva et al. (2012) buscaram compreender algumas das potencialidades e dificuldades para o exercício da interdisciplinaridade e intersetorialidade vivenciadas pelos profissionais da SF e do NASF de USFs de Curitiba-PR e Fortaleza-CE. Os achados revelaram que, apesar dessas iniciativas estarem presentes no cenário da AB desses municípios, o processo de trabalho dos profissionais continua pautado na unicidade da resposta causa-ação, no modelo biomédico, no atendimento fatiado, excluindo os setores sociais dos determinantes do processo saúde-doença, tal como os achados de Costa et al. (2014) e Ellery, Santos e Loiola (2013).

Costa e Fontoura (2012) analisaram a percepção de supervisores e profissionais da SF de um município do sudoeste baiano quanto à supervisão da coordenação da AB, buscando responder à seguinte pergunta: a supervisão tem potencializado o processo de trabalho desenvolvido pelos profissionais das equipes de SF?

Os autores referem que a supervisão desenvolvida pela coordenação da AB apresenta um caráter pedagógico gerencial em relação ao processo de trabalho, monitorando e apoiando tecnicamente as equipes com o intuito de elaborar práticas de saúde mais democráticas que

²⁸ Campos (2000) refere que o campo de atuação é um espaço comum de atuação multi ou interprofissional.

²⁹ Ainda segundo Campos (2000), o núcleo de atuação se refere aos saberes e às práticas específicos de uma categoria profissional, que compõem a identidade de um determinado profissional.

atendam as necessidades da população com a melhoria da qualidade da assistência prestada na SF. Abordam, sem aprofundamento, os elementos do processo de trabalho estabelecidos por Karl Marx³⁰ e a relação entre eles para detalhar o cotidiano dos supervisores (COSTA; FONTOURA, 2012).

Na concepção dos profissionais das equipes, esse modelo de supervisão facilita o desenvolvimento e avaliação do processo de trabalho que, realizado de maneira conjunta, se distancia da perspectiva punitiva e fiscalizatória da atividade. Os supervisores também reconheceram essa prática como uma valiosa ferramenta de gestão que favorece a proximidade e o estabelecimento de *vínculos* para acompanhamento do trabalho das equipes (COSTA; FONTOURA, 2012).

Medeiros et al. (2017) compartilham um aspecto que engloba o trabalho de toda a equipe de SF: a implantação e implementação do sistema de informação eSUS AB em uma USF do município de Queimadas-PB, bem como as dificuldades e potencialidades nesse processo. Os autores abordaram a evolução e as características dos diferentes sistemas de informação na AB e, embora o eSUS AB tenha sido formulado para reestruturar as informações, reduzir o trabalho de coleta de dados, integrar os registros e automatizar o trabalho, muitos percalços foram relatados pela equipe ao manusear o novo sistema (MEDEIROS et al., 2017).

Os autores afirmam que apesar dos problemas levantados, os trabalhadores compreenderam a necessidade de substituir o sistema de informação. No entanto, sugeriram que os gestores criem espaços para capacitação e discussão para sanar dúvidas, garantir a fidedignidade dos dados coletados e das informações geradas, pois a qualidade dos registros interfere diretamente na produção de cuidados (MEDEIROS et al., 2017).

Andrade et al. (2016) discutiram a Educação Permanente em Saúde (EPS)³¹ com base na reflexão de trabalhadores sobre seus processos de trabalho em uma USF da região metropolitana do Recife-PE. Por meio da técnica de grupo focal, os autores abordaram três temas: dificuldades no desenvolvimento das atividades no trabalho, desejos e/ou frustrações no trabalho e necessidades de EPS. As concepções trazidas pelos profissionais foram respectivamente: dificuldade de comunicação da equipe com a comunidade e fragilidade de vínculo, condições de trabalho inadequadas (falta de materiais e exames), ausência de profissionais e suas

³⁰ O objeto de trabalho, os meios (instrumentos) de trabalho e a atividade (trabalho propriamente dito).

³¹ A EPS é um processo pedagógico que coloca o cotidiano do trabalho ou da formação em saúde em análise e possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação dessas práticas (CECCIM, 2004/2005).

consequências para o trabalho, desejo de reviver experiências positivas anteriores com grupos para a comunidade, necessidade de educação continuada efetiva e matriciamento.

Após a discussão das temáticas, foi solicitado, inicialmente, aos trabalhadores que buscassem soluções para os problemas e desejos que emergiram durante o grupo focal. Posteriormente, que priorizassem os aspectos cuja resolução estivesse dentro de seu *autogoverno* e que pudessem ser executados a curto prazo. Os itens destacados foram transformados em oficinas de EPS que iniciaram um processo de mudança nas práticas de saúde na USF (ANDRADE et al., 2016).

Faria e Campos (2012) buscaram compreender o atendimento à demanda espontânea (DE) e os fatores que orientam as equipes de SF na organização da porta de entrada de duas USFs de Juiz de Fora-MG, segundo os profissionais de saúde. Os resultados mostraram que o atendimento da DE é centralizado na figura do médico e em ações curativistas e descontinuadas com distribuições de senha em períodos específicos, o que restringe o acesso à SF. Para os profissionais, a excessiva DE resulta tanto da pressão da população por atendimento médico quanto da desestruturação dos processos de trabalho das equipes.

As autoras revelaram que o acolhimento tem sido adotado para ordenar a agenda médica e triar doenças e não como dispositivo para reformular os processos de trabalho das equipes. Ou seja, ele tem sido utilizado como uma técnica e não como um princípio de reorganização de serviços por meio da escuta de necessidades e formação/fortalecimento de *vínculo* com os usuários (FARIA; CAMPOS, 2012), complementando as considerações sobre o acolhimento elaborado por Silva, Pontes e Silveira (2012).

No que se refere ao atendimento da DE e da demanda programática (DP), muitos aspectos, já pontuados por outros estudos, se contrapõem à perspectiva do acolhimento enquanto postura acolhedora e princípio reordenador da AB. Esses pontos podem justificar a desorganização do processo de trabalho nas USFs estudadas, assim como: falta de formação ou capacitação em SF de profissionais e gerentes, o desconhecimento da proposta da SF pela comunidade adscrita, tal como mostrou o estudo de Rocha et al. (2012), e a cobrança por procedimentos por parte da Secretaria Municipal de Saúde, que reforçam o modelo de atendimento centrado na DE, dificultando a reorientação assistencial do SUS (FARIA; CAMPOS, 2012).

Na tentativa de contemplar as necessidades dos usuários da DE, sem detrimento do atendimento da DP, Norman e Tesser (2015) apresentaram a experiência da reorganização do trabalho dos profissionais de uma USF de Florianópolis-SC priorizando o acesso, a equidade e o equilíbrio entre os dois tipos de demanda, considerando ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação.

Esse trabalho, iniciado em 2007, teve apoio de um programa de residência em SF de uma universidade federal do estado em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e produziu grandes transformações, atualmente consolidadas, no processo de trabalho do serviço. Essas mudanças foram verificadas na medida em que a relação enrijecida e burocratizada com a população deu espaço ao diálogo com o conselho comunitário e conselho local de saúde para compatibilizar as possibilidades da USF com as reivindicações da população, especialmente relacionadas ao acesso (NORMAN; TESSER, 2015).

Nesse sentido, as agendas médicas e de enfermagem das equipes foram reorganizadas para contemplar tanto a DE quanto a DP das áreas adscritas, baseando-se na diretriz do acolhimento para valorizar o território e a longitudinalidade no atendimento da DP e, sobretudo, na DE, na intenção de envolver todos os profissionais das equipes nesse processo, de estreitar o *vínculo* e a responsabilização pelos usuários adscritos mesmo em encontros não agendados (NORMAN; TESSER, 2015). Os autores ainda recomendam que

a organização do processo de trabalho na APS/ESF deveria ter como meta primeira a atenção aos adoecidos, por meio de um acesso facilitado ao cuidado qualificado, longitudinal e ampliado, incorporando complementarmente medidas de promoção e prevenção (...). Portanto, o tema do acesso nos serviços de APS/ESF, como direito de cidadania, necessita melhor normatização e regulação no SUS, (...) e requer mais discussões sobre as estruturas e os processos de trabalho necessários para a qualificação da APS/ESF como principal porta de entrada do sistema de saúde (NORMAN; TESSER, 2015, p. 176).

Semelhantemente ao estudo de Norman e Tesser (2015), Reigada (2017) relatou a experiência de implantação da residência em SF e Comunidade que reorganizou o processo de trabalho de duas equipes em uma USF fluminense com o intuito de aumentar a satisfação de usuários e trabalhadores. As principais mudanças, pactuadas coletivamente, foram a reordenação dos atendimentos dos usuários incluindo espaços para grupos nas agendas, o acordo do horário de trabalho e a determinação da função dos profissionais para executar atividades na USF.

Após uma semana, os médicos relataram diminuição da sobrecarga de trabalho e uma melhora na qualidade da consulta do usuário devido à redução de interrupções nesse encontro. Os ACSs referiram que a sua participação no acolhimento dos usuários na recepção da USF permitiu aprimorar as habilidades de escutar e orientar, diminuindo o tempo de espera por informações. Outras fragilidades no trabalho foram levantadas para as quais novas adaptações foram sugeridas a fim de promover e ampliar o acesso da população (REIGADA, 2017).

Nordi e Aciole (2017) refletiram sobre o impacto do apoio matricial no processo de trabalho de USFs de São Carlos-SP por meio de um outro programa de residência multiprofissional em SF e Comunidade em parceria com universidade federal paulista. A inserção do apoio matricial esperava oferecer ferramentas à equipe para conduzir o cuidado a uma dimensão mais integral ao

orientá-la na resolutividade dos casos que antes eram somente medicalizados e encaminhados para outros serviços.

Entretanto, muitos embates aconteceram por falta de entendimento da proposta do matriciamento. Segundo os autores, as equipes de referência esperavam que os residentes, na qualidade de apoiadores, atendessem a demanda reprimida e não apenas orientassem suas condutas, fato que aumentou os atendimentos e sobrecarregou o trabalho na AB. Refletiram ainda sobre a forma como as demandas e necessidades dos usuários são ouvidas e tratadas no contexto hegemônico de atenção, confrontando essa forma de produzir cuidados com os princípios da SF (NORDI; ACIOLE, 2017).

Shimizu e Martins (2014) analisaram o desenvolvimento do apoio institucional em três unidades de SF do Distrito Federal com a finalidade de destacar os movimentos *instituídos* e *instituintes* do processo de trabalho, tomando como referência a ergologia³² e a Política Nacional de Humanização (PNH) lançada em 2013 pelo MS. A PNH:

busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar, estimulando a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (BRASIL, 2013a, p. 1).

A PNH é formada por equipes regionais de apoiadores que se articulam às secretarias estaduais e municipais de saúde para proporem a construção compartilhada de planos de ação para promoverem e disseminarem inovações nos modos de fazer saúde a partir da análise das dificuldades de cada serviço. A PNH apresenta como princípios: a transversalidade³³, a indissociabilidade entre atenção e gestão, o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos. Ademais, apresenta como diretrizes: o acolhimento, a gestão participativa/cogestão³⁴ e a ambiência³⁵ (BRASIL, 2013a).

Tal como Maerschner et al. (2014), Shimizu e Martins (2014) produziram um estudo reflexivo a partir da implementação do apoio institucional em um dos distritos de saúde de

³² Ergologia é uma das formas para se entender o trabalho e repensar os modos de fazer saúde (SHIMIZU; MARTINS, 2014).

³³ Transversalidade, segundo a PNH, significa reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável (BRASIL, 2013a).

³⁴ A PNH destaca dois tipos de cogestão: a organização de um espaço coletivo de gestão que permita o acordo entre necessidades e interesses de usuários, trabalhadores e gestores; bem como os mecanismos que garantam a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das unidades de saúde (BRASIL, 2013a).

³⁵ Segundo a PNH, ambiência é criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas (BRASIL, 2013a).

Fortaleza-CE. Essa vivência fundamentou-se na Política Municipal de Humanização³⁶, no Projeto Paidéia³⁷ e no Método da Roda³⁸ e teve como objetivo transformar a atuação fragmentada das equipes de assessoria técnica e da SF por meio da qualificação da equipe apoiadora, do planejamento, da leitura da realidade, da reorganização do processo de trabalho e do monitoramento e avaliação da experiência.

Nessas USFs brasilienses e cearenses, o processo de trabalho das equipes era caracterizado por ações isoladas, refletindo a falta de avaliação e adaptação das práticas de saúde segundo as necessidades do território, semelhantemente, também, ao cenário descrito por Santos et al. (2015). As autoras contam que, inicialmente, houve resistências às mudanças nos processos de trabalho dos profissionais que se mostraram estagnados em suas atividades e desestimulados em desconstruir o modelo de atenção *instituído*, o médico hegemônico (MAERSCHNER et al., 2014; SHIMIZU; MARTINS, 2014).

Entretanto, na medida em que os apoiadores institucionais se disponibilizaram a construir coletivamente espaços horizontais para analisar e intervir nos processos de trabalho e valorizar os membros das equipes, usuários e gestores como protagonistas desse movimento, essa experiência, a *força instituinte*, promoveu novos sentidos e significados aos trabalhadores, em prol de uma atenção mais humanizada na perspectiva da clínica ampliada e do empoderamento do território (MAERSCHNER et al., 2014; SHIMIZU; MARTINS, 2014).

No sentido de criação de espaços como possibilidade de suporte aos trabalhadores da SF, um projeto de extensão universitária estabeleceu, em 2008, um grupo de encontro com o objetivo de proporcionar um espaço de discussão no qual os profissionais pudessem compartilhar experiências relativas aos sofrimentos vivenciados, tanto na organização do processo de trabalho, quanto nas outras esferas da vida, visando ao fortalecimento mútuo (SILVA; PEIXOTO; NÓBREGA, 2013).

Assim como evidenciado em outras investigações (MAERSCHNER et al., 2014; SHIMIZU; MARTINS, 2014), essa possibilidade de oferecer acolhimento, escuta, respeito e

³⁶ A Política Municipal de Humanização em Fortaleza, o Fortaleza HumanizaSUS, criada em 2005, foi inspirada na PNH, sendo uma iniciativa a favor de mudanças na gestão e na atenção à saúde. Se propôs a desenvolver ações de conscientização e EPS para os profissionais de saúde com uma metodologia dialógica e participativa problematizando os serviços de saúde, revendo o atendimento e as relações interpessoais, implementando o acolhimento, a cogestão, a clínica ampliada, a ambiência, valorizando o trabalhador e garantindo a eficácia e eficiência da assistência (REDE HUMANIZA SUS, 2008).

³⁷ Vide nota de rodapé número 7.

³⁸ O Método da Roda tem como objetivo formar espaços coletivos organizados e construir a capacidade de análise e de cogestão para que os grupos lidem tanto com a produção de bens e serviços quanto com sua própria constituição, a de sujeitos desse processo (CAMPOS, 2015).

apoio social aos profissionais causou estranheza, inicialmente, sendo traduzida por atitudes, falas, sentimentos e pensamentos negativos. Porém, as autoras perceberam que essas dificuldades em aceitar o papel terapêutico do grupo refletiam os problemas interpessoais da equipe e o modo de organizar o trabalho. Na medida em que o grupo foi estimulado a se comunicar de forma mais clara, autêntica, profunda e respeitosa, a desenvolver *vínculos* de solidariedade, a valorizar a escuta e o outro para enfrentar e resolver os conflitos, constatou-se melhora nas relações, nos processos de trabalho e na atenção prestada (SILVA; PEIXOTO; NÓBREGA, 2013).

Nessa mesma direção, Spagnuolo e Bocchi (2013) completam que a falta de apoio institucional aos trabalhadores das equipes associada à lógica dominante de produção de cuidados que verticaliza, isola e hierarquiza o processo de trabalho, pode desvalorizar o papel social da SF como reordenadora da AB.

O acolhimento serviu de referencial para Silva, Pontes e Silveira (2012) que categorizaram, em estudo descritivo, as relações entre os usuários e trabalhadores de uma USF de Fortaleza-CE. Os autores observaram que esse encontro entre trabalhador-usuário funciona como espaço de compartilhamento de afetos, ação medicalizada e fator desumanizante no trabalho que interferem no processo de produção do cuidado. Relacionaram essas características empíricas do *trabalho vivo* em ato à burocratização do modelo biomédico e da gestão que desconsideram os usuários e os profissionais como sujeitos do processo de trabalho.

Santos, Mishima e Merhy (2018) trouxeram os desafios e as potencialidades subjetivas do processo de trabalho das equipes de SF de Maceió-AL para a mudança do modelo de atenção vigente. Por meio de entrevistas em grupos focais, os autores desvelaram três temas, discutindo com profundidade um deles: o cuidado tecido por laços de compromisso e vínculo. Nesse tema, trouxeram uma discussão sobre as necessidades apresentadas pela comunidade que são tomadas como objeto do trabalho e as estratégias e tecnologias do cuidado para responder a essas necessidades.

Os autores afirmam que os laços de afeto e amizade fortalecem as relações trabalhador-usuário e destacam a tecnologia leve como elemento essencial no trabalho para reconhecimento e atendimento das necessidades de saúde, apesar das tecnologias duras e leve-duras ainda nortear a produção de cuidados. A dimensão subjetiva presente na micropolítica do trabalho pode ser capaz de produzir mudanças no cotidiano técnico e fazedor dos trabalhadores na direção de uma atenção mais integral (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

Moraes, Campos e Brandão (2014) investigaram as dimensões de satisfação mais valorizadas pelos usuários na SF carioca. A organização dos processos de trabalho foi a segunda mais citada,

dentre outras³⁹, sendo mencionada de forma negativa na maioria das vezes. A falta de organização interna das USFs e das equipes foi percebida em diversas subdimensões relacionadas a seguir: a visita domiciliar (no que diz respeito à falta de cadastramento/acompanhamento de famílias adscritas) e a marcação de consulta, o tempo de espera, a duração da consulta (aspectos que se conectaram entre si devido à desorganização das agendas que apresentaram demanda excessiva de usuários agendados para um mesmo dia e horário, refletindo negativamente no tempo de espera e duração da consulta). Além disso, o horário de funcionamento das USFs e a rede de serviços em saúde no que diz respeito à gestão da referência e contrarreferência, tal como apontado por Costa et al. (2014), se mostraram componentes marcantes dessa dimensão que reflete direta ou indiretamente nas demais citadas pelos autores (MORAES; CAMPOS; BRANDÃO, 2014).

Nóbrega et al. (2013) analisaram a atenção à criança com doença crônica, desde o início dos primeiros sinais e sintomas até os dias atuais, na SF de João Pessoa-PB, segundo as mães. Os depoimentos maternos revelaram que a SF não resolve as demandas de saúde de seus filhos, seja por falta de acesso ou despreparo dos profissionais. Essa condição gera insatisfação com o atendimento oferecido, repercutindo negativamente na formação de *vínculo* e na atenção à criança com doença crônica. Destacaram que o atendimento da SF na cidade também é marcado por atendimentos de casos agudos e de agudizações de casos crônicos, bem como por ações fragmentadas da equipe – característica do processo de trabalho que tem se mostrado presente na maioria das pesquisas apresentadas.

Essa pesquisa mostrou que a fragilidade da SF em atender de modo resolutivo as demandas de crianças com doença crônica afasta a SF de um dos principais atributos da AB: a de primeiro contato com o sistema de saúde, inviabilizando a promoção da atenção integral e ampliada (NÓBREGA et al., 2013).

Aspectos referentes à gestão do trabalho, às relações interpessoais (com a equipe e os usuários) e ao excesso de trabalho (como consequência do excesso de demanda e das inúmeras atividades burocráticas) também foram citados como geradores de insatisfação no trabalho e na vida de profissionais da SF de cinco regiões brasileiras (SORATTO et al., 2017).

Frutuoso et al. (2015) analisaram a percepção do processo de trabalho de gestores e profissionais de uma USF do litoral paulista, revelando suas motivações e racionalidades na SF. O estudo destaca a importância do diálogo entre a Saúde Coletiva e as Ciências Humanas, semelhantemente à proposta do estudo de Souza (2014), especialmente quando a produção do

³⁹ As outras dimensões citadas pelos usuários no estudo foram: acesso e disponibilidade do serviço de saúde, relação com os profissionais, longitudinalidade do cuidado e estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários, além da coordenação do cuidado (MORAES; CAMPOS; BRANDÃO, 2014).

cuidado se dá em um complexo contexto de exclusão, carências básicas e vulnerabilidade social, como é o caso da USF estudada.

Os autores afirmam que apesar das condições sociais desfavoráveis dos usuários dessa USF limitar em parte, a produção de cuidados, os profissionais exercem, de certa forma, seu *autogoverno* ao atender as necessidades de saúde mais latentes dos usuários ao executarem práticas de saúde pontuais e emergenciais. Por outro lado, os profissionais e gestores, valorizam e reconhecem as ações de prevenção de doenças e promoção de saúde como fundamentais na SF, mesmo em condições sociais adversas. Apesar dessas dificuldades e da falta de compromisso da gestão pública, esses atores podem tentar implicar a participação dos usuários na construção conjunta na produção dos cuidados de saúde (FRUTUOSO et al., 2015), tangenciando a ideia de coparticipação social de Souza et al. (2014).

Araújo e Pontes (2012) investigaram a ótica dos gestores da AB e gerentes de USFs de Fortaleza-CE sobre a organização do processo de trabalho na SF, o processo de gestão e a valorização dos sujeitos nesse movimento. De maneira geral, nesses três aspectos, foram destacadas três políticas estratégicas (cogestão, humanização e EPS) para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, sendo imprescindível instituir uma gestão democrática por meio de arranjos organizacionais e métodos participativos que potencializem a inserção e o comprometimento de todos os atores do SUS, tal como prevê a PNH de 2013.

A fim de oferecer subsídios para se repensar a gestão na SF do Distrito Federal e na grande Vitória-ES, Shimizu e Carvalho Junior (2012) e Sulti et al. (2015) analisaram a percepção dos trabalhadores acerca de seu processo de trabalho e o processo de gestão da AB na SF. Na primeira pesquisa, foram avaliados o contexto de trabalho (condições, organização e relações socioprofissionais), o custo humano (o físico, o cognitivo e o afetivo), o sofrimento e o prazer no trabalho (liberdade de expressão, esgotamento e falta de reconhecimento/realização profissional). A segunda, por sua vez, avaliou as relações entre os próprios gestores e destes com as equipes.

Os achados relacionados ao contexto do trabalho e ao processo de gestão na SF brasiliense e capixaba evidenciaram uma prática gerencial pautada na lógica taylorista marcada por ações burocráticas, centralizadoras, controladoras e hierárquicas, o que converge com os apontamentos de Campos (2015), Fortuna et al. (2013) e Pires (2008) e ainda, pelo estabelecimento de metas e cobrança pela produtividade, semelhantemente às ideias de Faria e Campos (2012), excluindo o trabalhador dos processos decisórios (SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012; SULTI et al., 2015).

Nesse cenário, os autores sugerem adoção de modelos gerenciais mais democráticos que redistribuam o poder, incluindo os trabalhadores nesse processo, valorizando sua autonomia, seus

desejos e projetos próprios também de acordo com as necessidades dos usuários (SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012; SULTI et al., 2015) – tal qual à proposta de Santos et al. (2015).

Oliveira et al. (2012) buscaram compreender o processo de trabalho desenvolvido por enfermeiros e médicos na SF de três distritos sanitários de João Pessoa-PB e identificar táticas alternativas ao modelo hegemônico, *as forças instituintes*, desenvolvidas nesse processo. Ao entrevistar os profissionais, evidenciou-se que apenas uma minoria executa atos de saúde considerados alternativos⁴⁰ em seu cotidiano laboral, pois o objeto, a finalidade e os instrumentos de trabalho ainda obedecem ao modelo de atenção centrado na figura médica, em procedimentos e na cura de doenças, ou seja, nas *forças instituídas*.

A análise dos depoimentos mostrou que os profissionais, ao buscarem estratégias alternativas no cuidado tradicional em saúde, denunciam a insuficiência do atual modelo de assistência em responder, de forma integral, humana e com qualidade, às necessidades de saúde dos usuários (OLIVEIRA et al., 2012), na mesma direção da maioria das investigações desta revisão bibliográfica que destacam a limitação do modelo hegemônico quanto à inclusão e à valorização das particularidades dos usuários no processo saúde-doença. Nesse contexto, os autores indicam que

o reconhecimento e envolvimento da gestão frente a essas iniciativas, especialmente através de dispositivos que viabilizem a problematização contínua das concepções e práticas vigentes, no cotidiano do trabalho de cada equipe, desafiando profissionais e instituição a incorporar novos saberes e fazeres para adequação das ações à realidade de vida e saúde da população (OLIVEIRA et al., 2012, p. 958).

Ainda no tema das *forças instituídas e instituintes*, Esmeraldo et al. (2017) analisaram os modelos de atenção existentes na AB e seus reflexos no processo de trabalho na SF em Fortaleza-CE. Os autores apresentaram o contexto de implantação da SF no estado e a disputa de espaço, concepções e práticas no cotidiano do trabalho das equipes, especialmente nas unidades que abraçaram projetos distintos de assistência no mesmo local físico. Parece que a SF está presente no discurso e na vontade política, porém não o suficiente a ponto de se inserir de forma efetiva na micropolítica do trabalho.

Além da falta de apoio da gestão em efetivar o novo (a SF), o seu desconhecimento por parte de usuários e antigos funcionários, que parecem não ter perfil nem vontade para mudar a forma de produzir os cuidados, refletem diretamente no processo de trabalho que se polariza entre o *instituinte* e o *instituído*, como se ao praticar o *instituinte*, as concepções do *instituído* não

⁴⁰ Como por exemplo: ações educativas de alfabetização de adultos, grupos de rezadeiras e oferta de massagem que valorizam a participação dos usuários, dando voz aos saberes populares, reconhecendo sua importância nas práticas de saúde para superar o enfoque curativista (OLIVEIRA et al., 2012).

valessem nada mais. Por essa razão, os dois modelos acabam concorrendo entre si, dificultando a mudança cultural, tanto de trabalhadores quanto de usuários (ESMERALDO et al., 2017). Nesse sentido, os autores afirmam que

diante das especificidades de cada realidade social onde esses modelos se inserem, não se pode pensar em modelo assistencial como uma forma fechada e acabada, nem como verdades absolutas e inquestionáveis e sim explorar novas alternativas capazes de contemplar de fato os problemas de saúde. Dessa forma, não existe “um único” modelo, nem “o” modelo superior e sim arranjos, combinações, associações de saberes, de dispositivos humanos e financeiros com o propósito de viabilizar a produção da saúde dos sujeitos (...) (ESMERALDO et al., 2017, p. 105).

Esse conjunto de estudos permitiu uma aproximação e uma apresentação das produções científicas com distintas perspectivas sobre o processo de trabalho na SF e aspectos relacionados: à integralidade da atenção, à ampliação do trabalho clínico, ao vínculo entre trabalhadores e usuários, às potencialidades e dificuldades no trabalho em equipe, à presença ou ausência do trabalho vivo e trabalho morto, aos atributos da AB em especial a longitudinalidade, ao apoio institucional/matricial às equipes, ao campo e ao núcleo de atuação dos trabalhadores, entre outros aspectos relevantes para esta investigação.

Algumas das investigações analisadas trouxeram a perspectiva da satisfação, da insatisfação e avaliação dos usuários com as distintas dimensões do atendimento oferecido nas USFs, bem como a da supervisão como instrumento da gestão, na tentativa de compreender as suas características, particularidades, limitações, contradições e possibilidades no modelo médico-hegemônico de atenção.

Outras revelaram que somente a implantação da SF não é suficiente para implementar mudanças no modelo vigente, sendo necessário: horizontalizar a prática do cuidado, considerar o contexto de vida das pessoas e seus determinantes, democratizar os espaços de planejamento e gestão do trabalho e articular a prevenção, a promoção, a cura e a reabilitação.

Na teoria, essas considerações parecem simples, embora no cotidiano do trabalho sejam observadas grandes dificuldades para integrar distintos:

- a) saberes populares e técnicos-científicos (oriundos dos núcleos de atuação de diversos profissionais das Ciências Humanas, Sociais e Saúde Coletiva);
- b) setores (comunidade, saúde, educação/universidades, assistência social);
- c) projetos (Projeto Paidéia, Método da Roda, PNH, EPS, apoio institucional/matricial, trabalho em equipe, estratégias alternativas ao cuidado tradicional em saúde) e
- d) tecnologias (duras, leve-duras e duras) que parecem criar ruídos, abrir fissuras e enfrentar as forças instituídas que conduzem a produção dos cuidados no atual modelo

de atenção, revendo o processo de trabalho na SF com vistas a fortalecer os princípios e diretrizes da AB.

As tecnologias leves tomaram voz na literatura por meio da análise das relações interpessoais, seja entre os próprios colegas de trabalho e/ou destes com os usuários. Ficou evidente a necessidade de desenvolver, construir e manter vínculos mais estreitos e humanos para se produzir os cuidados em saúde conforme a necessidade dos usuários e para fortalecimento da equipe para construção de projetos comuns.

As outras tecnologias (duras e leve-duras) também foram pontuadas como elementos a serem revistos. As primeiras foram invocadas, no momento em que rotinas, normas, fluxos, encaminhamentos, recursos (humanos, materiais e físicos) representaram algum tipo de empecilho na organização do processo de trabalho. As segundas se destacaram na medida em que a autonomia dos núcleos de atuação dos distintos profissionais das equipes esbarrou em um saber específico não interagindo com o campo comum dos trabalhadores na SF.

Apenas uma das produções relacionou a atuação na SF com a formação dos trabalhadores que tem contribuído para o desenvolvimento das práticas centradas em condutas médicas e nos procedimentos que, segundo Silva et al. (2012), caracteriza-se por uma visão positivista e linear do processo saúde-doença, com ênfase no cuidado biologicista, reducionista, curativista e fragmentado que prioriza recursos de alta densidade tecnológica e medicamentosos, desconsiderando as singularidades dos usuários no atendimento de suas necessidades.

Como o modelo médico hegemônico foi citado em diversos momentos, acredita-se que possivelmente ele se apresente como um dificultador na implementação dos princípios e diretrizes da AB por meio da SF. A academia e o próprio sistema de saúde parecem exaltar, em geral, o saber de um certo profissional em detrimento de muitos outros que compõem a produção do cuidado, fato que pode ser justificado pela perspectiva de ensino dos profissionais no campo da saúde.

Diante do exposto, a literatura aponta as dificuldades reiterando a lógica biomédica ainda presente no processo de trabalho na SF. Por outro lado, indica pistas importantes para mudanças na organização dos serviços, no trabalho em equipe, na relação trabalhador-usuário, na presença de *forças instituintes* na produção de cuidados.

A literatura científica parece mostrar que, em distintas USFs brasileiras, *forças instituintes* ainda enfrentam, mais ou menos timidamente, as *forças instituídas* nas práticas e espaços de trabalho. Portanto, a existência de brechas no cotidiano do trabalho possibilita reconhecer e atender as necessidades dos usuários e, assim, produzir e consolidar novas formas de cuidado na perspectiva da integralidade da atenção.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Analisar se a enfermeira da SF encontra, no atual modelo de atenção, possibilidades (ou brechas) para identificar demandas, necessidades e expectativas dos usuários a fim de implementar uma assistência integral.

2.1.1 Objetivos específicos

2.1.1.1 Analisar se a enfermeira reconhece as brechas para tomar as demandas, necessidades e expectativas dos usuários como objeto de seu processo de trabalho;

2.1.1.2 Identificar e analisar as tecnologias/ferramentas de que a enfermeira dispõe/utiliza para reconhecer e atender as demandas, necessidades e expectativas dos usuários.

3.1 O campo do estudo: Ribeirão Preto-SP e as USFs

A pesquisa foi realizada em Ribeirão Preto-SP que está localizada entre a Grande São Paulo e a região central do país próxima aos principais polos econômicos e tecnológicos do interior do estado, Triângulo e Sul de Minas Gerais (RIBEIRÃO PRETO, 2009). A população estimada para 2017, segundo o censo IBGE, foi de 682.302 habitantes, sendo a oitava cidade mais populosa do Estado de São Paulo. É a cidade-sede da região de Ribeirão Preto composta por 34 municípios (RIBEIRÃO PRETO, 2017a).

O setor saúde destaca-se com vários indicadores positivos, entre eles: a redução do coeficiente de mortalidade infantil, a redução do número de óbitos maternos, a redução de Internações por Condições Sensíveis à AP (ICSAP), o aumento da cobertura vacinal, o aumento na proporção de cura dos casos novos de hanseníase e tuberculose, dentre outros de nível secundário e terciário que levaram o município, segundo o Índice de Desempenho de Saúde, à terceira colocação em relação ao país e a primeira colocação em relação ao estado (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

Quanto ao perfil de morbidade, o envelhecimento dos habitantes acompanha as transformações dos hábitos de vida e demográficas do país e do mundo em geral, o que tem contribuído para o aumento das doenças crônicas não transmissíveis. Com relação às doenças de notificação compulsória, a dengue merece atenção especial, pois se apresenta como endêmica, com aumento de casos em algumas épocas do ano (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

O Índice de Desenvolvimento Humano foi classificado como muito alto (0,800), graças aos elevados índices de longevidade (0,844), renda (0,820) e educação (0,739) (RIBEIRÃO PRETO, 2017a).

Apesar deste panorama positivo, há várias pessoas vivendo em situação de vulnerabilidade devido às situações de insuficiência coletiva que incluem pobreza, iniquidade, não acessibilidade e não representação pública, caracterizados por condições precárias de moradia e saneamento, desemprego e estrutura familiar que apresentam risco aumentado de problemas relacionados à saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2017a).

Os grupos populacionais em situação de vulnerabilidade (assentamento de terra, pessoas em situação de rua e pessoas privadas de liberdade) estão distribuídos em assentamentos precários em 95 áreas ocupadas irregularmente por aproximadamente 40.000 habitantes. Segundo a Secretaria Municipal de Assistência Social, 2.800 pessoas vivem em situação de rua caracterizada por mendicância, drogadição, prostituição, embriaguez e prática de delitos (RIBEIRÃO PRETO, 2017a).

A antiga Fazenda da Barra, localizada em área rural, foi ocupada por movimentos dos sem-terra em 2003, sendo oficializada pela política de Reforma Agrária em 2007. É ocupada por quatro assentamentos e quatro acampamentos que aguardam a conquista da terra. Em outubro de 2011, uma equipe de SF, ligada a uma unidade básica de saúde (UBS), atende a área da Fazenda com 2.500 habitantes. Além disso, há ainda 3.379 pessoas privadas de liberdade nas cinco unidades prisionais da cidade (RIBEIRÃO PRETO, 2017a).

A rede de atenção à saúde está organizada em cinco Distritos de Saúde, regiões com área e população definidas a partir de aspectos geográficos e socioeconômicos. Em cada distrito, há uma Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS) que oferece atendimento básico, sendo referência de algumas especialidades para toda a sua área de abrangência e várias UBSs que prestam atendimento nas áreas médicas, odontológicas e de enfermagem. Todas as unidades de saúde contam com retaguarda de laboratório clínico, ultrassonografia, radiologia simples, audiometria, eletrocardiograma e eletroencefalograma. Os demais exames são realizados por serviços estaduais, contratados e ou conveniados (RIBEIRÃO PRETO, 2017a).

Segundo dados oficiais *on-line* da Secretaria Municipal de Saúde, a distribuição geral e mais recente dos estabelecimentos do setor consiste em: uma UPA, cinco UBDSs, 27 UBS, 20 USFs, quatro Unidades Especializadas, cinco Unidades Especializadas em DST/AIDS, sete Centros de Atenção Psicossocial, um Centro de Controle de Zoonoses, cinco Unidades de Vigilância em Saúde e um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (RIBEIRÃO PRETO, [2017b]).

Destacando a SF, ela foi implantada a partir da criação da Lei nº 8.839, de 28 de junho de 2000, por meio de um convênio com o MS. A lei, regulamentada em quatro artigos, estabeleceu que a sua implantação deveria ocorrer mediante (RIBEIRÃO PRETO, 2000):

- a) a elaboração e discussão do projeto de sua implantação com os órgãos de representação civil;
- b) a solicitação de adesão à SF junto à Secretaria Estadual de Saúde, com pactuação dos incentivos federais para o município;
- c) a implantação do Sistema de Informatização de AB (SIAB) que, atualmente, deu lugar ao Sistema de Informação em Saúde para a AB (SISAB) por meio do *software* eSUS⁴¹;

⁴¹ O eSUS integra os sistemas de informação à saúde com registro individualizado dos usuários por meio do Cartão Nacional de Saúde. O SISAB é composto pelo Sistema de Coleta de Dados Simplificada e pelo Prontuário Eletrônico do Cidadão, atendendo a diversos cenários de informatização e conectividade. O SISAB contempla o registro das informações produzidas pelas equipes dos NASF, Consultório na Rua, Atenção Domiciliar, polos de Academia da Saúde e pelas equipes do Programa Saúde na Escola (RIBEIRÃO PRETO, [2017c]).

- d) a disponibilização de infraestrutura e capacitação de equipes para cadastrar as famílias e diagnosticar a situação de saúde do município;
- e) o planejamento do trabalho, com base no diagnóstico de saúde, juntamente com a comunidade adscrita (RIBEIRÃO PRETO, 2000).

Para o desenvolvimento da SF, Ribeirão Preto-SP ainda conta com o convênio entre a Secretaria Municipal da Saúde e a Universidade de São Paulo (USP), com interveniência da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP) e Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da FMRP-USP (FAEPA) que oferece atendimento à população em seis Núcleos de SF do Distrito Oeste onde há atividades de ensino e pesquisa para alunos de graduação da USP (RIBEIRÃO PRETO, 2006).

Os Núcleos do Distrito Oeste são as unidades de SF mais antigas do município, tendo sido implantados a partir do ano de 2000. As 20 USFs estão divididas pelo município, conforme dados da Tabela 4.

Tabela 4 - Relação do número total de Unidades de Saúde da Família (USFs), segundo os Distritos de Saúde de Ribeirão Preto, SP, 2018

	Distrito Norte	Distrito Sul	Distrito Leste	Distrito Oeste	Distrito Central	Total
Número total de USFs	06	01	01	12	00	20

Fonte: Ribeirão Preto (2018)

Importante dizer que do total das 20 USFs apresentadas pela Secretaria Municipal de Saúde em sua página virtual, algumas unidades oferecem ações e serviços sob a lógica de trabalho das UBSs com a atuação de equipes parametrizadas compostas por agentes comunitários de saúde e um(a) enfermeiro(a) com apoio de técnicos de enfermagem e médicos especialistas (clínico geral, ginecologista e pediatra), conforme possibilidade indicada na PNAB de 2017 (BRASIL, 2017).

Outras unidades organizam o trabalho segundo a normatização da SF em sua modalidade *tradicional* ou *pura*, na qual cada equipe é constituída por agentes comunitários de saúde, um(a) enfermeiro(a), dois técnicos de enfermagem e um médico (generalista ou especialista em SF e Comunidade) (BRASIL, 2012).

Como cada USF pode comportar mais de uma equipe, o conjunto de equipes tradicionais e parametrizadas em Ribeirão Preto-SP soma 46 equipes, sendo que a distribuição de equipes por Distrito de Saúde está apresentada na Tabela 5.

Tabela 5 - Relação do número de equipes de Saúde da Família (SF), puras e parametrizadas, segundo os Distritos de Saúde de Ribeirão Preto, SP, 2018

	Distrito Norte	Distrito Sul	Distrito Leste	Distrito Oeste	Distrito Central	Total
Número de equipes de SF puras	11	02	00	12	00	25
Número de equipes de SF parametrizadas	04	01	04	12	00	21
Total	15	03	04	24	00	46

Fonte: Elaborada pela autora

As 46 equipes de SF cobrem um percentual estimado de 22% da população ribeirão-preтана. A meta de implantação municipal da SF no ano de 2013 era de 50%; entretanto, a falta de profissionais formados para a atuação na SF tem sido uma das dificuldades que impedem o alcance da meta (RIBEIRÃO PRETO, 2013, 2017a).

Nesse cenário de falta profissionais para a SF, a criação do cargo de ACS por meio da Lei Complementar nº 2.378, de 23 de dezembro de 2009, e a de médico de SF, por meio da Lei Complementar nº 2.448, de 18 de abril de 2011, foram as primeiras medidas tomadas pela gestão municipal rumo aos 50% de cobertura aliadas à ampliação, reforma e construção de unidades de saúde, além da EPS dos trabalhadores (RIBEIRÃO PRETO, 2013, 2017a).

A esse contexto, soma-se a situação vivida no município a partir de 2016 com a investigação de fraudes em licitações, contratos e pagamentos irregulares na Prefeitura e na Câmara Municipal que ultrapassaram valores de R\$ 200 milhões e que ainda se encontram sob investigação (Operação Sevandija) pelo Grupo de Apoio Especial do Crime Organizado do Núcleo Ribeirão Preto e pela Polícia Federal (FOLHAPRESS, 2016; MACEDO; AFFONSO, 2016).

Vários agentes públicos, empresários e políticos envolvidos nesse esquema de corrupção, até agosto de 2018, ainda se encontravam presos, incluindo a ex-prefeita (FOLHAPRESS, 2016; PORTO, 2016). Nesse período, serviços essenciais foram prejudicados ao mesmo tempo em que Ribeirão Preto-SP viveu a pior epidemia de dengue com 35 mil novos casos (FOLHAPRESS, 2016).

Nesse contexto, importante mencionar que o cenário de Ribeirão Preto-SP não é um dos mais promissores, especialmente porque parece refletir a atual conjuntura político-econômica do país (FREITAS, 2017).

Na área da saúde, obras iniciadas na gestão municipal anterior (2014-2017) não foram finalizadas (FOLHAPRESS, 2016; PREFEITURA..., 2014). Nessa seara político-econômica, o atual prefeito⁴² iniciou seu mandato em 2017 e, por meio de medidas de controle financeiro, vem buscando equacionar a situação do município (FOLHAPRESS, 2016).

Durante o ano de 2017, quando a autora do presente estudo entrou em contato com as USFs para convidar as enfermeiras para participar da pesquisa, foi verificado que várias equipes estavam trabalhando sem essa profissional devido a afastamentos por problemas de saúde, licença-maternidade e aposentadoria. Nessas condições, equipes trabalharam até março de 2018, quando foram convocados 30 enfermeiros aprovados no último concurso público municipal⁴³ para assumir as vagas em aberto.

Mas qual a relação desse cenário com o processo de trabalho na SF? Acredita-se que essas condições repercutem em todas as áreas sociais, incluindo na área da saúde, dada a dificuldade de investimentos e o prejuízo no acesso da população a serviços de saúde, educação, transporte, saneamento básico, dentre outros, que determinam o processo de adoecimento e a conformação de demandas e necessidades de saúde junto às USFs e aos demais estabelecimentos do setor.

3.2 O tipo de estudo

Tendo em vista os objetivos geral e específicos deste estudo, optou-se pela pesquisa de campo que é realizada no local onde ocorre o fenômeno estudado, com a possibilidade de explicar e analisar suas características empíricas (SPINK, 2003). Na pesquisa de campo, adotou-se a abordagem qualitativa que permite compreender a realidade por meio da subjetividade valorizando a percepção, interpretação e narrativas dos atores inseridos nesse contexto, bem como as contradições existentes (MINAYO, 2014). Ademais, possibilita “trabalhar com o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais, interpretar tanto as interpretações e práticas quanto as interpretações das práticas” (DESLANDES; ASSIS, 2002, p. 197).

⁴² O atual prefeito e seu partido político foram citados nas delações premiadas da Odebrecht, nas quais um dos executivos da empreiteira afirmou ter doado a quantia de R\$ 650 mil, sob o esquema de caixa 2, para as campanhas eleitorais de 2010 e 2014. O prefeito também foi citado durante as investigações da máfia da merenda paulista, sendo acusado de receber propina para permitir contratos fraudulentos (VEJA..., 2016).

⁴³ Mais de 2.500 enfermeiros foram classificados no último concurso público homologado em dezembro de 2016 (RIBEIRÃO PRETO, 2016) e aguardam a convocação oficial da Prefeitura para escolherem vagas e iniciarem suas atividades.

A pesquisa de campo com abordagem qualitativa permitiu, na oportunidade, conhecer a realidade do trabalho e a experiência das enfermeiras nas USFs de Ribeirão Preto-SP, cuja análise se sustentou no referencial teórico da organização tecnológica do processo de trabalho em saúde que se alinha à categoria marxista trabalho (MENDES-GONÇALVES, 2017).

Esse referencial permitiu compreender a realidade, ou seja, o contexto macro e micropolítico onde se fazem presentes os projetos tecnoassistenciais, os instrumentos e os objetos trabalho, as demandas e necessidades atendidas (ou não), bem como a finalidade orientadora do desenvolvimento do trabalho em saúde que podem subsidiar análises e intervenções no processo de trabalho desenvolvido nas USFs.

3.3 Os aspectos éticos

Para o desenvolvimento da investigação, anteriormente ao processo de autorização para coleta dos dados, a pesquisadora contatou todas as unidades de saúde de Ribeirão Preto-SP, com o intuito de confirmar a lógica de trabalho e o número de equipes para que nenhuma delas fosse excluída *a priori* do estudo. Com esses dados atualizados, as UBSs tradicionais e aquelas com PACS foram excluídas, permanecendo aquelas USFs com equipes *puras* e *parametrizadas* como possíveis cenários de estudo.

Em seguida, o projeto foi encaminhado à Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa (CAPP) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Ribeirão Preto-SP para análise e obtenção de concordância para o desenvolvimento do projeto de pesquisa. A CAPP encaminhou o projeto aos gerentes das USFs (com equipes *puras* e *parametrizadas*) indicadas pela pesquisadora. Em resposta à solicitação, todos os gerentes das USFs indicadas consentiram com a realização do estudo.

Com a anuência dos gerentes das USFs, por meio da SMS, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP da EERP-USP), conforme a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CONEP) e a Resolução nº 466/12. O CEP da EERP-USP posicionou-se favorável ao estudo por meio do parecer consubstanciado número 1.773.864 - versão 1 (Anexo A).

Após o exame de qualificação, foi enviado um adendo ao estudo para o CEP da EERP-USP solicitando a inclusão da observação participante e de mais três USFs que inicialmente não foram relacionadas, seguindo o mesmo fluxo de autorização ética. Os CEPs da EERP-USP e do Centro Universitário Estácio Ribeirão Preto aprovaram os aspectos complementares ao estudo por meio

de pareceres consubstanciados números 2.362.564 - versão 2 (Anexo B) e 2.493.133 - versão 1 (Anexo C), respectivamente.

Até a finalização desta investigação, nenhum participante entrevistado ou observado (enfermeira e/ou usuário) solicitou sua desistência à pesquisadora e/ou ao CEP da EERP-USP.

3.4 O processo de coleta de dados

Para desenvolver a coleta de dados, utilizamos as proposições de Haguette (2007) que apresenta, com clareza, os fundamentos teóricos da entrevista e da observação participante enquanto técnicas mais usuais de coleta de dados em pesquisas qualitativas. Segundo a autora, essas formas de abordar o real estão vinculadas às concepções abstratas que tentam explicá-lo e que compartilhar os aspectos subjetivos das ações das pessoas pesquisadas parece ser um requisito fundamental para compreender as ações humanas.

3.4.1 A entrevista

A entrevista pode ser definida como um processo de interação social entre duas pessoas por meio da qual o entrevistador, seguindo um roteiro de pontos pré-estabelecidos, obtém informações do entrevistado sobre um determinado assunto. A entrevista busca captar o real, a visão e a representação que os entrevistados têm de seu mundo permeado de informações objetivas e subjetivas (HAGUETTE, 2007).

Haguette (2007) afirma que, na entrevista, diversos fatores podem ser fontes potenciais de contaminação. Entretanto, o uso sistemático dos dados de outras fontes relacionadas ao fato para analisar a consistência e a validade das informações fornecidas é o ponto-chave para controlar a sua qualidade. Importante mencionar que os aspectos que podem interferir na qualidade dos dados por parte do entrevistado se referem a:

- a) motivos ulteriores: quando o entrevistado pensa que suas respostas podem influenciar positivamente sua situação futura;
- b) quebra de espontaneidade: quando há presença de outras pessoas na entrevista ou algum outro tipo de inibição ocasionada pelo entrevistador;
- c) desejo de agradar o pesquisador: quando o entrevistado conhece o posicionamento e pensamento do entrevistador sobre o assunto;

- d) fatores idiossincráticos: quando, depois de um intervalo durante a entrevista, o entrevistado altera seu comportamento;
- e) conhecimento sobre o assunto tratado: quando a capacidade recordativa e comunicativa do entrevistado se altera por algum motivo;
- f) a forma como o entrevistado percebe o entrevistador: quando o entrevistador assume uma postura autoritária, pré-julgativa ou intimidatória (HAGUETTE, 2007).

Os aspectos relacionados ao entrevistador podem abranger a falta de experiência em executar e conduzir uma entrevista, a falta de conhecimento técnico-científico sobre o tema, a falta de percepção de respostas surpreendentes, conflitantes e/ou contraditórias que precisariam de aprofundamento maior por meio de outros questionamentos e, como afirma Haguette (2007), falta de entendimento sobre os limites dos dados coletados do real. Além disso, como fatores externos, tem-se o próprio roteiro e a situação na qual a entrevista acontece (HAGUETTE, 2007).

Para reduzir essas interferências, a entrevistadora efetuou uma entrevista-piloto⁴⁴ (designada como E1) para treinar sua postura e a abordagem com as enfermeiras, ajustar possíveis questões no roteiro⁴⁵, calcular o tempo e manusear o gravador digital e o celular, mesmo tendo uma breve experiência anterior em coletar dados empíricos por meio de entrevistas semiestruturadas.

A entrevistadora reviveu essa experiência atentando-se a reconhecer respostas que permitissem novos questionamentos e trouxessem maiores esclarecimentos sobre um assunto trazido pelos entrevistados. Ao mesmo tempo, acredita-se que o limite dessa técnica em captar o empírico pode ter sido reduzido pela realização da observação do trabalho de algumas entrevistadas, o que permitiu confrontar o que foi dito pelo que foi percebido, considerando a subjetividade que acompanha cada um dos envolvidos (os entrevistados, os observados e a pesquisadora que entrevistou e observou) nas técnicas de coleta.

Dentre os diversos tipos de entrevista, foi utilizada a semiestruturada que propicia a descrição, explicação e compreensão do real. Esse tipo de entrevista possibilita à pesquisadora, na medida em que as respostas são dadas pelos entrevistados, a formulação de novas perguntas, a fim de valorizar e conhecer um pouco mais das experiências trazidas (TRIVIÑOS, 2010). Esses novos questionamentos, por sua vez, podem ser feitos por meio de perguntas abertas ou fechadas, desde que facilitem o discurso e não se limitem a elas (CRUZ NETO; MINAYO, 2010).

⁴⁴ A entrevista-piloto foi realizada com uma das enfermeiras da rede de saúde de Ribeirão Preto-SP que trabalhou por dez anos em uma das USFs e que, atualmente, exerce o cargo de gerente de USF.

⁴⁵ Não foram realizadas grandes alterações quanto aos temas; apenas pequenas correções quanto à forma de a entrevistadora elaborar as perguntas no roteiro.

Com as autorizações da SMS-RP e do CEP da EERP-USP, a pesquisadora contatou todas as USFs, inicialmente pelo telefone, buscando as enfermeiras para explicar-lhes o objetivo do estudo. Em algumas USFs, a pesquisadora não conseguiu conversar com as enfermeiras, pelo telefone, por diversos motivos. Frente a essa dificuldade, a pesquisadora dirigiu-se às USFs para tentar um contato pessoal com as profissionais.

Algumas delas, tanto pelo telefone quanto pessoalmente, se recusaram a participar da pesquisa, por vários motivos. Um deles, possivelmente em virtude da solicitação de aposentadoria frente à Reforma da Previdência⁴⁶ proposta pelo atual Governo Federal. Essas profissionais solicitaram à pesquisadora que ela aguardasse a chegada de novas enfermeiras, pois “já estavam de saída” ou “pendurando as chuteiras”. Outras, vindas da atenção secundária e terciária, também se recusaram a participar, argumentando estarem na SF temporariamente “cobrindo um buraco até a chegada da nova enfermeira”.

Para as enfermeiras que aceitaram ser sujeitos da investigação, foram agendados data e horário nas USFs conforme sua disponibilidade para concederem a entrevista e, posteriormente, a observação. Antes da realização da entrevista e da observação do cotidiano do trabalho, as enfermeiras assinaram os Termos de Consentimentos Livres e Esclarecidos⁴⁷ (TCLE) correspondentes para cada técnica de coleta de dados (Apêndices C e D).

As entrevistadas foram designadas pela letra E seguida pela sequência cardinal que indica a ordem da realização das entrevistas (E2 a E32).

As entrevistas com as enfermeiras das equipes de SF foram realizadas conforme roteiro pré-estabelecido (Apêndice A) visando a conhecer um pouco de sua vida profissional e de suas percepções sobre o tema em estudo, abordando aspectos micro e macropolíticos do processo de trabalho na SF evidenciados pelos estudos que compuseram a revisão bibliográfica da investigação.

As entrevistas, concedidas por 31 enfermeiras, tiveram tempo de duração variado, sendo o tempo mínimo de 28 minutos e o máximo de 01 hora e 25 minutos e foram realizadas de abril a outubro de 2017.

⁴⁶ Com a reforma, o trabalhador que solicitar sua aposentadoria especial (concedida àqueles que trabalharam sob condições insalubres) poderá ter que comprovar desgaste ou danos à saúde em decorrência da exposição aos agentes nocivos de sua profissão para obter a aposentadoria, além de ter idade mínima de 55 anos e tempo mínimo de 20 anos de contribuição. Atualmente, os trabalhadores têm direito a esse tipo de benefício após 15, 20 ou 25 anos de serviço (IMENES, 2017).

⁴⁷ Os TCLEs foram elaborados conforme as orientações do boletim informativo (número 3, atualizado em 3/3/2016) do CEP da EERP-USP.

3.4.2 A observação participante

Dentre os diversos tipos de observação, utilizou-se a participante que permite compartilhar aspectos subjetivos do cotidiano das pessoas para compreender e captar o sentido das ações humanas dentro de contextos e experiências relevantes para os envolvidos, além da interação com os agentes observados (HAGUETTE, 2007; POLIT; BECK, 2011).

A observação participante envolve o pressuposto de que a sociedade é constituída a partir de um processo interativo de indivíduos e grupos que agem conforme a representatividade de um determinado fenômeno (HAGUETTE, 2007).

Alguns vieses relacionados ao observador podem distorcer os dados obtidos nesse tipo de observação, levando a interpretações errôneas sobre o fenômeno estudado, sendo eles:

- a) o viés sociocultural que pode interferir no desempenho do observador;
- b) o viés profissional e ideológico que pode conduzir à seletividade da observação;
- c) o viés interpessoal que pode formatar o fato observado e a interação entre os sujeitos que nele ocorre;
- d) o viés emocional que pode sobrepor às necessidades científicas do observador ao fato observado; e
- e) o viés normativo que pode conduzir o observador a emitir juízos de valor que podem prejudicar a observação, a análise e a interpretação do fato (HAGUETTE, 2007).

Para tentar minimizar esses vieses, a observadora, a todo momento, focou nos objetivos do estudo e nos aspectos descritos pelo roteiro da observação (Apêndice B), tentando ser o mais fiel possível à descrição do que estava acontecendo, deixando as interpretações pessoais e a subjetividade da análise do fato para um outro momento. Em muitas situações observadas, várias outras aconteceram simultaneamente devido a constantes interrupções no atendimento da enfermeira. Nesses casos, a observadora acompanhou a prioridade de atendimento estabelecida pela profissional.

Em alguns momentos, a observadora ajustou o seu olhar para decodificar, com mais precisão, expressões não verbais dos usuários e das enfermeiras frente ao cardápio de ações oferecidas. Em outros, a observadora resgatou sua experiência anterior em SF para lembrar o contexto do trabalho em rede e de exclusão social no qual grande parte dos usuários das USFs se inserem para tentar reconhecer, com mais empatia e assertividade, a demanda trazida e as opções do cardápio de ofertas.

As enfermeiras foram consideradas o foco inicial da observação, sendo selecionadas após a análise das entrevistas, enquadrando as USFs onde trabalham de acordo com os seguintes critérios:

- a) trabalho da USF na lógica pura e parametrizada;
- b) vínculo de trabalho da USF com Universidades e com a SMS-RP;
- c) disponibilidade das enfermeiras em serem observadas no trabalho;
- d) aspectos do trabalho referidos nas entrevistas relacionados a boas práticas na SF com vistas à integralidade.

Como boas práticas, identificaram-se nas entrevistas, as enfermeiras que trouxeram exemplos práticos de reconhecimento das necessidades de saúde dos usuários e se preocuparam, de alguma forma, em atendê-las, trazendo elementos da integralidade da atenção. Ou seja, buscaram-se atitudes integrais e integradas no cotidiano do trabalho das enfermeiras organizadas conforme a identificação das necessidades dos usuários (CECÍLIO, 2009).

O conteúdo da observação referente ao trabalho das enfermeiras, que exerceram atividades de distintas naturezas, foi registrado, o mais rápido possível, em um diário de campo que conteve notas descritivas e objetivas do evento observado, notas reflexivas, teóricas, metodológicas e pessoais do observador durante o processo (POLIT; BECK, 2011).

A observação do cotidiano de trabalho das enfermeiras, ou seja, a observação da enfermeira em ação e sua relação com o trabalho na unidade foi realizada em três USFs distintas, uma em cada Distrito de Saúde (Norte, Oeste e Sul), totalizando 99 horas de observação. Em média, 33 horas em cada USF, durante os meses de março e abril de 2018. Assim como as entrevistas, cada observação direta do atendimento do usuário pela enfermeira também teve tempo de duração variado, sendo o tempo mínimo de cinco minutos e o máximo de 02h15m.

Ao total, sete enfermeiras foram observadas atuando nas diferentes dimensões do trabalho da USF que, muitas vezes, se mostraram imbricadas. Durante a observação, 43 usuários foram observados enquanto atendidos pelas enfermeiras, além de outras situações envolvendo as enfermeiras, os demais profissionais e os usuários indiretamente (por exemplo, em conversas entre os trabalhadores para resolver uma demanda ou necessidade trazida pelo usuário).

Dentre os usuários atendidos pelas enfermeiras das USFs, foram selecionados aqueles que não apresentaram algum transtorno ou condição que dificultasse a abordagem da observadora (CASTRO et al., 2008) para explicar o objetivo da pesquisa e que autorizaram a observação de seu atendimento. Esses usuários também assinaram o TCLE correspondente (Apêndice E).

De maneira semelhante às entrevistas, as observações foram nominadas como OBS da USF 1, OBS da USF 2 e OBS da USF 3, correspondentes às três distintas USFs onde as observações foram realizadas.

A pesquisadora, ao observar o encontro do usuário e da enfermeira, procurou identificar:

- a) a demanda/necessidade/expectativa trazida(s) pelo usuário;
- b) as brechas nesse encontro para que a enfermeira pudesse reconhecer outras necessidades do usuário para além das demandas e expectativas iniciais;
- c) se a demanda/necessidade/expectativa foi atendida;
- d) se a enfermeira lançou mão de recursos para responder à demanda/necessidade/expectativa (instrumentos de trabalho, participação de outros trabalhadores, de setores da unidade ou de outros setores da rede de atenção);
- e) como a enfermeira, os demais profissionais e a USF, como um todo, acolheram as diversas demandas/necessidades/expectativas dos usuários que, muitas vezes, não estavam protocoladas na assistência; e
- f) a postura dos usuários e da enfermeira.

Depreende-se que, no encontro com o usuário, a enfermeira ofereceu um cardápio de ofertas a depender das demandas e do reconhecimento de necessidades. Algumas observações foram iniciadas e encerradas nesse encontro e outras reconduzidas para outros setores da unidade, com outros trabalhadores. Na oportunidade, a observadora, acompanhou o usuário, para mostrar que ele teria outras opções de atendimento, além do encontro com a enfermeira, até a resolução de seu problema ou até a sua saída da unidade.

Como as observações desta investigação foram as primeiras realizadas pela observadora, entende-se que a falta de intimidade com a técnica pode ter inibido o posicionamento ativo e interativo da observadora frente algumas situações que se mostraram sem resposta dentro do período da observação.

Apesar de algumas questões observadas terem ficado pendentes de resolução ou com resolução implícita no contexto das distintas dimensões do trabalho, aquelas que tiveram resolução explícita foram tomadas como fatos observados, registrados e analisados. Pode ser que o implícito (atitudes, pensamentos, relações), na direção do objetivo da pesquisa, não tenha sido captado com a devida sagacidade pela observadora, justamente pela falta de experiência em coletar dados por meio dessa técnica. Entretanto, mesmo com esses limites, acredita-se que o produto das observações foi suficientemente rico e diverso para confrontar o das entrevistas.

4 A análise dos dados

As entrevistas foram gravadas e fielmente transcritas por profissionais especializados terceirizados. O conteúdo das transcrições foi revisado conferindo-os com o das gravações, efetuando pequenas correções de pontuação e de escrita. Em seguida, o conteúdo corrigido foi impresso e entregue às enfermeiras entrevistadas nas USFs para posterior validação. Depois de combinar com as enfermeiras o prazo para a devolução das transcrições validadas, estas foram retiradas nas USFs. Algumas enfermeiras fizeram complementações escritas e/ou correções e outras solicitaram a exclusão de falas transcritas que foram imediatamente retiradas do movimento anterior de análise.

Realizou-se a análise do conteúdo das entrevistas sendo observados os pontos semelhantes, discrepantes e surpreendentes dos discursos que foram interpretados por meio da análise de conteúdo na vertente temática (MINAYO, 2014) e sustentados à teoria que ilumina este estudo. A análise temática permite:

descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação e cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado (...). Para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso (MINAYO, 2014, p. 316).

A escolha por esta técnica se justifica na possibilidade de compreender os significados das afirmações, opiniões, crenças e percepções dos sujeitos participantes, sobre o tema em questão, fundamentadas no aporte teórico das categorias destacadas. A análise foi realizada em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos/interpretação, conforme o referencial metodológico proposto por Minayo (2014).

Na primeira etapa, buscou-se a aproximação ao conteúdo das entrevistas e realizada leitura flutuante de todo material, impregnando-se dele. Em seguida, buscou-se constituir o *corpus*, ao responder aos critérios de validade qualitativa referentes à: exaustividade (capacidade de o material contemplar todos os aspectos do roteiro), representatividade (que o material contenha os elementos essenciais do objeto de estudo), homogeneidade (obedecer a critérios precisos de escolha do tema, das técnicas e dos sujeitos) e pertinência (adequação do material para responder aos objetivos do estudo) (MINAYO, 2014).

Depois de constituir o *corpus* com as entrevistas e os fragmentos das falas, na segunda etapa foram definidas as respectivas unidades de contexto (descrição das falas) e de sentido (expressões que sintetizaram as falas). Em seguida, os fragmentos, as unidades de contexto e de sentido, inicialmente preparadas para a análise, passaram por revisão que permitiu corrigir e validar as unidades de contexto e sentido. Dessa forma, foi possível definir os temas que, na terceira etapa,

foram analisados e interpretados à luz do referencial teórico do processo de trabalho, apresentando inferências e conclusões (MINAYO, 2014).

A análise dos dados iniciou-se pelo conteúdo das entrevistas e, em seguida, analisou-se o conteúdo das observações. O conjunto das entrevistas compôs o *corpus* principal deste estudo que foi confrontado pelo das observações (*corpus* secundário) por meio da técnica da triangulação de dados que permite convergir ou corroborar dados, coletados de formas distintas, sobre um mesmo fenômeno proposta por Greene, Caracelli e Graham (1989) e atualizada por Driessnack, Sousa e Mendes (2007). Dito de outra forma, as observações complementaram as entrevistas e serviram para verificar se o que realmente acontece, em ato, difere da representação subjetiva individual da realidade.

Importante mencionar que, tomando os critérios de validade qualitativa no processo de análise, alguns fragmentos das falas e algumas observações fugiram do sentido buscado pelo objetivo da presente investigação, razão pela qual não foram objeto de análise no conjunto dos resultados.

Outrossim, importante mencionar que a realização das observações foi de suma importância, especialmente para visualizar e confirmar as contradições no trabalho, as pistas e as brechas nas quais as enfermeiras identificaram ou deixaram de reconhecer as necessidades dos usuários.

Do conjunto da análise das entrevistas, emergiram três grandes unidades temáticas: Falando do contexto onde as práticas de saúde se desenvolvem, O trabalho em equipe e O trabalho das enfermeiras. A primeira unidade temática foi subdividida em: A presença da perspectiva biomédica na SF, A USF parametrizada e A USF tradicional. Finalmente, a terceira unidade temática foi subdividida em: O núcleo de atuação das enfermeiras, Os instrumentos do trabalho utilizados pelas enfermeiras, As brechas no trabalho das enfermeiras e A integralidade da atenção na perspectiva das enfermeiras.

5 Resultados e discussão

5.1 Sobre o cenário das práticas de saúde e sobre os sujeitos da pesquisa

Como já apontado, o município de Ribeirão Preto-SP conta com uma ampla rede de atenção à saúde, sendo sua rede básica conformada na década de 1990 e as USFs estabelecidas a partir dos anos 2000. Das 20 USFs, o município trabalha com a possibilidade das USFs parametrizadas, ou seja, são equipes de AB tradicional que foram padronizadas em relação ao tipo de profissional, carga horária e adscrição da população conforme preconiza a PNAB de 2017 (BRASIL, 2017).

“São quatro enfermeiros de 40h, 12 técnicos de enfermagem, três para cada equipe, 20 agentes comunitários, cinco para cada equipe, dois dentistas que acabam dividindo, [...] eles pertencem a uma equipe, mas atendem duas. E médicos, é parametrizada, a gente tem um clínico de 20h para cada equipe, um pediatra de 20h para cada equipe, quatro clínicos, quatro pediatras e dois GO que eles também atendem duas equipes cada”. E10

“O que nós não temos é um médico por equipe. Nós temos um clínico que atende duas equipes, um pediatra que atende duas equipes e o nosso GO atende as quatro equipes. [...]. Não tem um médico da família”. [...]. E13

“Então, nós temos dois ginecologistas, cada um ficou com duas áreas. E um pediatra para cada duas, mas aqui optou-se, como a área é muito grande, um pediatra para cada equipe. Hoje nós temos três, mas vamos ganhar mais uma pediatra. Então, esse modelo é muito novo, nós trabalhamos com todo o processo de trabalho da SF, porém sem um médico generalista. Mas os demais membros da equipe, todos são de 40h [...]. Caberia mais duas enfermeiras, porque nós temos quatro equipes aqui, mas no momento nós estamos em [...] duas enfermeiras de 40h”. E32

A opção por essa organização de trabalho permitiu que o município pudesse tentar ampliar a cobertura de SF, utilizando os recursos já existentes na rede de atenção. Porém, uma das dificuldades vivenciadas no município, como já assinalada, é a ausência de um quadro de profissionais formados/capacitados para a atuação na SF (RIBEIRÃO PRETO, 2013, 2017a).

“Por falta de médicos, por deficiência de contratação, eles não conseguiram contratar, porque [...] esse profissional (o médico de SF) é novo. E assim, eu não sei, eles não têm isso de formação, a Medicina, é uma dificuldade muito grande de contratar. E também eu penso que há um preconceito lá na Academia, por isso que a gente não consegue [...]. Infelizmente não existe aquele olhar, aquele valor que deveria ser dado. Mas é uma coisa muito rica que se investisse nesse profissional, como se investe em estética, em cirurgia e assim vai, nós não teríamos a maioria das mazelas que a gente tem, teria mais profissionais comprometidos e de tempo integral. Porque para fazer PSF acaba tendo que ter tempo integral”. E30

“Não sei como ficaria, a questão de ter médicos da família, de talvez ter enfermeiros de SF também, porque a maioria dos enfermeiros de SF não tem a formação, não tem concurso específico. Nós todos entramos no concurso para a Prefeitura de 20h. Eu acho que precisaria ter um concurso separado, com pessoas que tivessem esse perfil, até os auxiliares não têm concurso específico. Tudo isso acaba se perdendo no caminho se você não tem pessoas que sabem, que entendam a essência e o porquê do PSF”. E17

“[...]E o município não consegue contratar médico generalista para preencher a vaga. Eles fazem concurso, mas nunca tem médico suficiente, nunca tem gente interessada em vir para cá. Que quando faz concurso e consegue médico eles escolhem outras unidades [...] por vários fatores. Eu acho que é uma unidade longe, uma unidade que tem uma demanda grande, tem unidades mais tranquilas”. E23

As enfermeiras apontam sua percepção quanto à ausência de prioridade na formação de profissionais, principalmente de médicos, segundo a lógica da SF e ainda às questões do mercado de trabalho que atraem especialistas para justificar a ausência de trabalhadores mais alinhados à SF, o que justificaria, em parte, a opção pelas USFs parametrizadas, situação que certamente não é exclusiva do município de Ribeirão Preto-SP.

Cabe reafirmar que a cobertura da SF no município ainda é baixa, mesmo considerando a utilização da possibilidade da USF parametrizada. Mendes (2002) afirma que a cobertura populacional de 10 a 25% caracteriza um modelo de atenção instável em que quase não há sustentabilidade e institucionalização, enfatizando as ações centradas na demanda espontânea e na queixa conduzida – é o “modelo de SF sem SF” (MENDES, 2002, p. 32). Esse baixo percentual de cobertura na SF ribeirão-pretana parece preocupar algumas das enfermeiras nas USFs que relacionam essa realidade com o desinteresse político em expandir a Estratégia.

“Eu acho que a SF em Ribeirão podia estar muito melhor, sabe? A gente tem estrutura para estar melhor, mas eu acho que falta um pouco de vontade política mesmo. Faz [...] 10 anos que eu estou aqui nessa unidade e eu vi pouco avançar, em [...] número de equipes. Era para a cidade estar mais cheia de outras equipes e a gente percebe que fica patinando naquele lugar, não sai daquilo”. E22

“As políticas públicas voltadas para o PSF precisariam ser mais bem vistas, vistas com mais amor, carinho, envolvimento. O perfil da cidade de Ribeirão é muito médico-centrada. Eu acho que por conta das faculdades, muitos cursos de Medicina, essa questão da medicina muito fracionada, muito imediatista. E acaba assim, as políticas acabam sendo voltadas para o que é imediato, para o pronto-atendimento, para que o paciente precisa para hoje [...]. Esse paciente não precisa de médico para hoje, ele precisa de coisa eficiente, de equipes, de PSF eficiente. Então, precisaria aumentar o número de PSF, precisaria melhorar as equipes, adequar as equipes, ter esse olhar, mas isso não depende só da gente, depende dos políticos. Infelizmente, né? Então, eu acho que a gente precisa fortalecer e melhorar as equipes de PSF de Ribeirão”. E17

Essa pode ser uma das explicações possíveis, dada a conformação da rede de atenção pública e privada no município e a presença de um conjunto de universidades pública e privadas oferecendo cursos na área da saúde, com amplo número de vagas para os cursos médicos (quatro cursos) e de enfermagem (seis cursos), por exemplo.

A presença de órgãos formadores parece se fazer sentida de forma diferenciada na fala das enfermeiras ao apontarem que algumas das USFs com equipes tradicionais vinculadas à

universidade pública existente no município contam com alunos de graduação e uma equipe multidisciplinar e multiprofissional formada por residentes de diversas categorias profissionais.

Essa condição parece ser essencial para o trabalho multiprofissional e para a formação/capacitação de pessoal para saúde e ao mesmo tempo, permite maior agilidade aos usuários acompanhados nesses serviços, dada a morosidade muitas vezes presente em se conseguir consulta com esses especialistas na rede de saúde municipal.

“Eles (os residentes da equipe multiprofissional) ajudam muito, muito mesmo. Não só na realização de grupos, mas infelizmente em Ribeirão para a gente encaminhar para um psicólogo a fila está gigantesca, fisio nem se fala e fono também está bem grande. [...]. Então, às vezes, pacientes que a gente atende, a gente passa para eles fazerem um atendimento inicial, acolhimento, triarem. [...]. Se é um paciente que precisa de uma intervenção da fisio, que é de nível secundário e terciário, a residente não consegue fazer aqui, porque ela não tem instrumento para isso [...], mas ela consegue fazer orientações mínimas que já fazem a diferença quando esse paciente chega lá na frente. Um atendimento depois de seis meses, um ano, mais ou menos, que é a fila de espera da fisio. Então, a participação da equipe multi ajuda muito, porque a gente consegue ainda mais trabalhar em equipe multiprofissional, tendo esses outros profissionais”. E18

“Aqui [...] tem a equipe fixa que é a médica de família, agentes comunitárias, a enfermeira, as técnicas de enfermagem, a nossa gerente [...], a auxiliar de serviços gerais. A equipe fixa é pequena, mas a gente tem a equipe que ajuda [...] formada por residentes da universidade X. Temos residentes de terapia ocupacional, farmácia, fisioterapia, nutrição que dão esse apoio [...] para a equipe e fazem a residência aqui. Têm essas equipes nas outras unidades também. Tem a odonto também, residência em odonto e a gente tem os alunos. Tem a residência em Medicina de Família e Comunidade, a gente tem três R1 e uma R2 que ficam aqui junto com a doutora X e tem [...] os alunos do quinto ano de odonto, [...] os alunos do quinto ano de Medicina. Se não me engano é isso. Tem a fono, tem a equipe que [...] auxilia”. E20

Essa é uma contradição, pois como já apontado anteriormente, embora no município existam outras universidades atuantes na rede de AB, não houve manifestação de outras enfermeiras de unidades distintas na direção indicada por E18 e E20. Cabe destacar que a possibilidade da atuação de instâncias formadoras na rede de atenção pode qualificar o trabalho da equipe de saúde no cuidado oferecido aos usuários (GIL, 2005).

O cenário das práticas de saúde na rede da AB em Ribeirão Preto-SP, desde sua instalação na década de 1980, passou por várias reorganizações, sendo que a partir do censo IBGE de 2010, foi realizado no município um redimensionamento das áreas de abrangência das unidades de saúde. Esse ajuste se fez necessário para que cada unidade tivesse conhecimento das características socioeconômicas e demográficas da sua área de abrangência para subsidiar as ações e serviços que aí seriam oferecidos (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

Tal procedimento foi vivenciado por uma das enfermeiras das USFs e sua fala parece revelar uma preocupação com a cobertura populacional da USF onde trabalha.

“A área de abrangência aqui da minha equipe, fazia parte de uma outra unidade de saúde, que é da unidade X. Com essa reestruturação foi contado tudo de novo e aí muitos (usuários) não queriam vir, entendeu? Porque já estavam lá há muitos anos, eles são idosos, acompanham com o clínico de lá há 20 anos. E aquela unidade é a mais perto da casa deles do que essa [...]. Depende da rua que a pessoa mora, ela está do lado da unidade. Então, ela sai do lado da unidade para vir aqui, anda não sei quantos quarteirões para conseguir chegar aqui. Então, nós tivemos uma resistência grande por causa disso, porque no início eles não queriam vir de jeito nenhum. Hoje eles já passaram a procurar bastante a unidade e a gente percebe esse vínculo que eles estão fazendo de não querer nem voltar lá, porque a gente estava com uma rua aqui, o ímpar era nosso e o par era deles, da outra unidade. Aí ficou se pensando: ‘Ou vai tudo para lá, ou vem tudo para cá.’ E os que estavam aqui não queriam voltar para lá de jeito nenhum. Então, o que a gente acabou fazendo foi pegar toda essa outra área, porque a gente ainda não conseguiu chegar no nosso limite de população. Nós estamos bem abaixo, então, a gente precisa aumentar a nossa clientela”. E29

E29 aponta as possibilidades e dificuldades presentes no município na definição dos territórios de atuação e da maior ou menor adesão da população às propostas e aos projetos político-assistenciais para a área da saúde.

Com relação às entrevistadas, grande parte delas sentiu-se à vontade em responder às perguntas feitas pela entrevistadora e trouxeram diversos exemplos do cotidiano do trabalho e elementos concretos relacionados ou não ao tema da investigação. Algumas já haviam participado de pesquisas científicas, tendo conhecimento da metodologia utilizada em investigações de abordagem qualitativa. Outras que são especialistas, mestres e/ou doutores tinham familiaridade com todo o processo da pós-graduação que envolve a coleta, a análise e a divulgação pública dos resultados da investigação.

Poucas enfermeiras mostraram-se resistentes, limitando-se a responder apenas ao que lhes foi perguntado. Esse desconforto, que produziu respostas concisas, foi inicial e, na medida em que a conversa se estendia para um pouco além da metade do roteiro da entrevista, essas entrevistadas se “soltaram”, compartilhando suas vivências e sentimentos nelas presentes. Entretanto, duas ou três entrevistadas mantiveram a objetividade do início ao fim da entrevista, possivelmente influenciadas por um ou mais aspectos que podem interferir na qualidade dos dizeres apontados por Haguette (2007).

A relação do número total de enfermeiras entrevistadas por Distrito de Saúde é descrita na Tabela 6.

Tabela 6 – Relação do número total de enfermeiras entrevistadas por Distrito de Saúde, segundo os presentes nas USFs durante o período de realização das entrevistas, Ribeirão Preto, SP, 2018

	Distrito Norte	Distrito Sul	Distrito Leste	Distrito Oeste	Distrito Central	Total
Número total de enfermeiras presentes nas USFs durante o período de realização das entrevistas	12	03	03	21	00	39
Número total de enfermeiras entrevistadas	09	02	03	17	00	31

Fonte: Elaborada pela autora

Das 39 enfermeiras, as oito que não participaram da pesquisa tiveram como justificativa diversos motivos como apontado anteriormente⁴⁸. Dos 31 sujeitos entrevistados, 30 são do sexo feminino (96,77%) e um do sexo masculino (3,23%), motivo pelo qual generalizou-se a categoria para o gênero feminino, fato que segue a tendência da feminização na enfermagem e na maioria das profissões e ocupações na área da saúde (MATOS; TOASSI; OLIVEIRA, 2013). A feminização da categoria que atua na SF também foi identificada nos estudos de Machado (2000), Ferrari, Thomson e Melchior (2005) e Lima et al. (2016).

Visando à caracterização dos profissionais entrevistados, a Tabela 7 ilustra a faixa etária dessa população.

Tabela 7 – Relação do número total de enfermeiras entrevistadas, por faixa etária, Ribeirão Preto, SP, 2018

Faixa etária (em anos)	Número total de enfermeiras entrevistadas	%
25 - 30	02	6,45
30 - 35	06	19,35
35 - 40	08	25,81
40 - 45	06	19,35
45 - 50	02	6,45
50 - 55	05	16,14
55 - 60	02	6,45
Total	31	100

Fonte: Elaborada pela autora

⁴⁸ Em 3.4.1 A entrevista na página 93.

A Tabela 7 mostra que 51,61% das enfermeiras estão na faixa etária até 40 anos e se considerada a faixa etária até os 45 anos, há 70,96% das enfermeiras. Esses resultados divergem dos encontrados no estudo de Ferrari, Thomson e Melchior (2005) no qual 73% das enfermeiras da SF em Londrina-PR tinham mais de 40 anos.

A idade média das entrevistadas é de 40,3 anos, semelhantemente à média de 41,2 anos de enfermeiras da SF de Serra-ES evidenciada na investigação de Lima et al. (2016) e superior à idade média de 34 anos constatada pela pesquisa nacional sobre o perfil de médicos e enfermeiros da SF (MACHADO, 2000).

Nos anos 2000, o perfil etário de enfermeiras da SF no Brasil era o seguinte: 58,69% entre 30 e 49 anos e 36,58% com idade até 29 anos (MACHADO, 2000). Em Ribeirão Preto-SP, se considerado o mesmo intervalo entre as idades dessa pesquisa nacional, verificam-se 70,96% e 6,45%, respectivamente.

As enfermeiras entrevistadas apresentam tempos distintos de formação em curso de graduação em enfermagem, conforme a Tabela 8.

Tabela 8 – Relação do número total de enfermeiras entrevistadas, por tempo de formação em curso de graduação em enfermagem, Ribeirão Preto, SP 2018

Tempo de formação em curso de graduação em enfermagem (em anos)	Número total de enfermeiras entrevistadas	%
0 - 5	02	6,45
5 - 10	06	19,35
10 - 15	05	16,13
15 - 20	09	29,03
20 - 25	02	6,45
25 - 30	03	9,68
30 - 35	03	9,68
35 - 40	01	3,23
Total	31	100

Fonte: Elaborada pela autora

Quanto ao tempo de formação, 41,93% das enfermeiras têm até 15 anos de formação, 29,03% de 15 a 20 anos e 29,04% com mais de 20 anos. A pesquisa nacional sobre o perfil de enfermeiras da SF indicava, nos anos 2000, que 43,13% das enfermeiras tinham até quatro anos de formadas (MACHADO, 2000) e, atualmente, em Ribeirão Preto-SP, apenas 6,45% das trabalhadoras referiram ter se formado em até quatro anos.

O tempo de atuação na SF das enfermeiras entrevistadas varia conforme a Tabela 9.

Tabela 9 – Relação do número total de enfermeiras entrevistadas, por tempo de atuação na SF, Ribeirão Preto, SP 2018

Tempo de atuação na SF (em anos)	Número total de enfermeiras entrevistadas	%
0 - 5	14	45,16%
5 - 10	11	35,58%
10 - 15	03	9,68%
15 - 20	03	9,68%
Total	31	100

Fonte: Elaborada pela autora

Das 14 enfermeiras que atuam na SF há menos de cinco anos, seis atuam há menos de um ano (42,86%), quatro têm experiência entre dois e três anos (28,57%), três atuam na SF de três a quatro anos (21,43%) e uma enfermeira, de quatro a cinco anos. Dessa forma, 25 entrevistadas (80,6%) têm experiência superior a dois anos na SF, resultado que converge com a investigação de Ferrari, Thomson e Melchior (2005) na qual 80,9% das enfermeiras da SF referiram ter, no mínimo, dois anos de experiência profissional no contexto da SF, significando um acúmulo de experiência profissional.

Das 31 entrevistadas, 18 (58,06%) referiram ter experiências profissionais anteriores em SF, número maior ao encontrado pela pesquisa nacional na qual 17,32% das enfermeiras apresentavam experiência anterior em SF (MACHADO, 2000). Apenas duas enfermeiras (6,45%) referiam não ter experiência profissional (na condição de enfermeira) anterior ao atual trabalho na SF e, as demais, 29 (93,55%), já trabalharam (como enfermeiras) em diversos tipos de estabelecimentos de saúde na AB, na atenção secundária e terciária, além de auditoria, regulação e gestão, bem como em serviços privados de saúde, no ensino técnico e de graduação em enfermagem, como apontam as falas a seguir. Esse achado é semelhante aos resultados encontrados em pesquisas de Lima et al. (2016) e Machado (2000) nas quais 100% e 77,17% das enfermeiras possuíam experiência profissional anterior, na área da saúde, ao atual trabalho.

“Eu trabalhava no HC, na unidade X para doenças autoimunes e era auxiliar de enfermagem [...]. E como enfermeira é o meu primeiro emprego aqui, fui admitida em XXXX e já vim direto para cá, para a unidade”. E31

“Eu [...] dei aula no Senac para cursos de auxiliar de enfermagem [...]. Eu fui chefe geral do Hospital de (nome da cidade) [...], fui atuar como enfermeiro na cidade X [...]. Eu cheguei à Secretário da Saúde duas vezes [...]. Em (nome da cidade) fui atuar como

enfermeiro da Saúde da Família [...]. Mas [...] eu já estava trabalhando em Ribeirão [...] na UBS X [...] e na Universidade X, (daí) saiu a minha dobra (de carga horária) e eu vim para o PSF aqui e já tinha passado em um outro concurso público de Ribeirão que é na UBS X". E5

"Trabalhei em hospital, eu era a única enfermeira do hospital X e depois já fui para o PSF em (nome da cidade) [...]. Depois voltei para Ribeirão. [...]. E [...] fiquei um tempo como professora do curso técnico do Colégio X e fui chamada no concurso em (nome da cidade) onde trabalhei numa unidade de saúde que tinha várias coisas, mas não era PSF, era como se fosse uma distrital [...]. Aí saí de lá e fui para o PSF em (nome da cidade) [...]. E depois eu fui chamada no plano de saúde do Banco X, [...] para trabalhar a lógica da Saúde da Família no convênio. [...]. Depois me interessei pela área de auditoria e regulação [...]. Aí fui para (nome da cidade), trabalhei poucos meses na regulação também, voltei para Ribeirão, fui trabalhar na regulação na empresa X [...] e vim para cá". E14

"Fui trabalhar em uma USF em (nome da cidade), [...] depois eu saí de lá e vim para Ribeirão trabalhar em uma vaga temporária em pronto atendimento em convênio de saúde, depois me chamaram para uma vaga efetiva em medicina preventiva, [...] depois em homecare e saúde ocupacional [...]. Depois eu saí do convênio X e fui para o convênio Y, trabalhar com monitoramento de pacientes; a gente tinha que fazer orientação [...] e encaminhamento dos pacientes que moram em outros estados. [...]. E no dia XX de XXXX eu vim para cá [...] trabalhar com Saúde da Família". E15

"Trabalhei no HC [...] num setor altamente especializado, de oncologia que era radioterapia e num setor de diagnóstico por imagem [...]. Eu trabalhei [...] na AB em dois municípios diferentes. [...]. Eu prestei um concurso do hospital X [...] onde eu comecei a trabalhar [...]. Aí [...] eu prestei o processo seletivo da fundação X para a Saúde da Família, fui aprovada. [...] E [...] trabalho lá (no hospital) dez noites por mês. [...]. Então, eu sou concursada do governo do Estado. E aqui eu tenho um vínculo com a fundação X que tem um convênio com a prefeitura municipal de Ribeirão". E26

Com relação ao nível de instrução, todas as enfermeiras referiram participar frequentemente de cursos de atualização oferecidos pela gestão municipal. Apenas uma enfermeira (3,22%) referiu não ter feito pós-graduação *lato* ou *strito sensu*: *"(...) eu não fiz mestrado, nem doutorado e não fiz nenhuma pós ainda (...)." E15*

As demais, 30 (96,78%), realizaram algum tipo de curso *lato sensu* (especialização, aprimoramento, habilitação ou residência em SF, Saúde Pública, Saúde Coletiva e em outras áreas) e/ou *strito sensu* (mestrado profissional, mestrado acadêmico e doutorado em diversas áreas), sendo que duas enfermeiras têm em seus currículos atividades de *lato sensu* (ao menos uma atividade) e *strito sensu* (mestrado e doutorado).

"Eu fiz especialização em Saúde da Família em serviço, que era um incentivo do Ministério da Saúde. Foi muito bom [...]. E a própria articulação saúde mental com Saúde da Família que depois eu fui trabalhar no mestrado, surgiu do TCC dessa especialização, então, para mim foi uma coisa bem importante [...]. Fiz o mestrado nessa área, o doutorado já foi na área de formação para a Saúde da Família [...]. Essa vivência de alunos eu não tinha muito forte lá (nome da cidade) e aqui eu tinha muitos alunos e eu comecei a pensar como a formação enxerga esse espaço de Saúde da Família e atenção primária que foi trabalhado no doutorado [...]" E9

“O mestrado eu fiz logo depois da especialização em Saúde Pública e Saúde da Família. Eu terminei a especialização e entrei no mestrado muito perto. [...] Eu fiz em Saúde na Comunidade na Medicina Social. E o doutorado eu vim fazer depois de dez anos”. [...] E5

Esses achados condizem com os resultados das pesquisas de Ferrari, Thomson e Melchior (2005) e Lima et al. (2016) nas quais 93,2% e 93,8% das enfermeiras, respectivamente, possuem cursos *lato sensu* e, ainda 1,2% das enfermeiras possuem cursos *stricto sensu* e 5,6% não cursaram, até o levantamento dos dados, nenhum tipo de curso de pós-graduação (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2005). Os dados da pesquisa nacional apontam que 35,49% das enfermeiras fizeram algum curso de especialização e apenas 1,45% realizou cursos de mestrado e/ou doutorado (MACHADO, 2000).

O conjunto das informações referente à idade, ao tempo de formação e de atuação profissional na SF bem como, ao nível de instrução, revela que as enfermeiras entrevistadas, em sua maioria, são adultas-jovens em idade laboral, formadas em até 20 anos, com até dez anos de atuação na SF, com especializações *lato sensu* em SF e áreas afins.

Com isso, os dados parecem mostrar que a SF no município acolhe trabalhadoras jovens com alguma experiência na SF ao passo que as enfermeiras com idade superior a 45 anos e vasta experiência profissional – que pode refletir em um pouco mais de intimidade e compreensão mais ampliada dos princípios da AB e da dinâmica de trabalho na SF – parecem não exercer suas funções nas USFs por muito tempo. Esse fato parece mostrar que há uma renovação da categoria na SF ribeirão-pretana.

5.2 Falando do contexto onde as práticas de saúde se desenvolvem: da perspectiva biomédica à SF

Neste tópico serão tratados alguns aspectos que dizem respeito às características do trabalho nas USFs tradicionais e parametrizadas. Além disso: as expectativas dos usuários que, em muitos momentos, representam a busca pelo profissional médico, reiterando a lógica biomédica, curativista e centrada em procedimentos. Por outro lado, sinalizam oportunidades para a releitura do trabalho desenvolvido pelas enfermeiras com a identificação de necessidades para além das demandas trazidas pelos usuários e a efetivação das diretrizes da AB na organização do trabalho.

Dessa forma, esse tema está organizado em três grandes conjuntos: a presença da perspectiva biomédica na SF; a USF parametrizada: qual a lógica que predomina?; e a USF tradicional.

5.2.1 A presença da perspectiva biomédica na SF

Para as enfermeiras entrevistadas, há ainda presente na organização das USFs, do trabalho desenvolvido e de seu próprio trabalho, características da perspectiva biomédica marcada, por vezes, pelas expectativas dos usuários para que ocorra o pronto atendimento de suas demandas que concorrem com a lógica proposta pela SF.

5.2.1.1 As características do trabalho nas USFs

Na lógica biomédica de atenção, o trabalho do médico e de outros profissionais de saúde acontece, em maior ou menor grau, em torno de partes do corpo adoecidas que fracionam o ser humano, excluindo sua subjetividade para a produção de cuidados (PIRES, 2008) e privilegiando a abordagem individual, curativa e centrada em procedimentos, especialidades médicas e hospitalares (LEITE; VELOSO, 2008).

Peduzzi (2001) afirma que tomar esse projeto assistencial como único significa aceitar sua pertinência em responder à complexidade do processo saúde-doença, deixando para segundo plano as ações educativas, preventivas, relacionais e psicossociais que não envolvem diretamente a assistência individual, desconsiderando os determinantes sociais do processo de adoecimento. Essa lógica é confirmada por E3.

“Para que que serve (o meu trabalho)? [...] em primeiro lugar, tudo que é procedimentos que são da minha competência eu preciso fazer dentro do posto. Então, bota de ulna, às vezes tem uma coleta de sangue mais difícil que me chamam para colher sangue arterial, troca de traqueostomia, cuidados mais específicos.” E3

Em uma das observações da USF 1, a Enfermeira 2 é solicitada para trocar a cânula de traqueostomia de um usuário que aparenta ser idoso. O encontro, que parece ser o primeiro conduzido pela Enfermeira 2, se restringe à realização do procedimento técnico.

Início da OBS da USF 1: 15h05min

Funcionária entra no consultório e mostra uma receita à Enfermeira 2.

Enfermeira 2, que está sentada em frente ao computador de sua mesa, lê e diz: *“Pode fazer.”*

Enfermeira 2 verifica o sistema, se levanta e vai até a sala de observação preparar o material para trocar uma traqueostomia e pede para a funcionária que está na sala: *“Quando terminar o aerossol, me avisa, pra eu poder aspirar o paciente e trocar a traqueo.”*

Funcionária: *“Tá.”* [...].

Depois de alguns instantes, funcionária entra no consultório e avisa a Enfermeira 2: *“O aerossol acabou.”*

Enfermeira 2: *“Põe ele no oxigênio que eu já tô indo.”*

Enfermeira 2 dirige-se à sala de observação onde estão o usuário e sua filha. Ela separa os materiais e pergunta à filha: *“É você quem cuida dele?”*

Filha: “*Sim.*” (E as duas conversam educadamente)
Enfermeira 2: “*Você que aspira?*”
Filha: “*Sim.*”
Enfermeira 2: “*Quantas vezes por dia?*”
Filha: “*Uma.*”
Usuário (que aparenta ser idoso) tosse e aparenta estar com secreção em grande quantidade.
Enfermeira 2 pergunta: “*Por que ele fez traqueio?*”
Usuário tenta responder, tampando o orifício da traqueio, mas não consegue falar.
Filha: “*Ele teve uma parada durante um exame. Fez uma endoscopia porque tava rouco.*”
Enfermeira 2: “*O senhor pode tossir?*”
Usuário tosse.
Enfermeira 2 pergunta ao usuário: “*Melhorou?*”
Usuário responde sim com a cabeça.
Enfermeira 2 pergunta à filha: “*Você reparou se está sangrando do lado de fora?*”
Usuária: “*Não mais.*”
Enfermeira 2: “*Vou cortar o cordão antigo e colocar um novo, tá?*” [...].
Filha: “*Ele ia começar a quimioterapia, mas teve que adiar porque tava com febre.*”
Enfermeira 2: “*Ah, é?*”
Filha: “*Posso levar essas gazes?*”
Enfermeira 2: “*Você pode pegar o material que precisar. Você pode me dar a receita pra eu anotar a próxima troca? Pode ser dia vinte e três?*”
Filha: “*Pode.*”
Enfermeira 2 pergunta: “*Quem é o ACS que passa na sua casa?*”
Filha: “*Não sei.*”
As pessoas se despedem e Enfermeira 2 retorna ao consultório.
Término da OBS da USF 1: 16h15min

Essas, certamente, são atividades que compõem o núcleo de atuação da enfermagem e da enfermeira, mas não se constituem nas atividades prioritárias da enfermeira, ao se considerar a lógica colocada para o trabalho na AB e na SF, por meio da qual a enfermeira passa a assumir junto com a equipe de saúde a responsabilidade sanitária sobre o território no cuidado aos indivíduos, famílias, grupos vulneráveis.

Nessa observação, fica o questionamento se não houve uma oportunidade perdida pela trabalhadora em abordar outros aspectos do cuidado ao usuário e da sua cuidadora que poderiam estar latentes, dada a complexidade da situação, uma vez que por trás de uma troca de traqueostomia estão presentes inúmeras outras condições relativas ao cuidado dessa pessoa no seio de sua família.

Na dinâmica da lógica biomédica, o trabalho dos profissionais nas USFs está organizado de modo que, em um certo período diário, os usuários que não têm consulta médica agendada no dia sejam atendidos ou acolhidos por uma equipe escalada para essa atividade. Pelas falas das entrevistadas, é possível verificar que o usuário segue um fluxo de atendimento que é muito semelhante nas diferentes USFs. Ao chegar às USFs, o usuário é recebido na recepção, logo é encaminhado para o auxiliar ou para o técnico de enfermagem que verifica seus sinais vitais e

depois o encaminha para a enfermeira que classifica sua condição de saúde e decide se sua demanda será ou não atendida pelo médico.

“Então assim: aqui a unidade, ela se organiza um pouco diferente de outras unidades. Das 07h às 08h, mas às vezes até um pouquinho mais, a enfermeira faz o acolhimento da demanda espontânea. Quem não está agendado e quer passar no médico, a gente faz esse acolhimento. Depois desse horário, a gente atende agenda.” E4

“Todas as enfermeiras também têm esse revezamento do acolhimento, todos os dias e horários programados. [...]. Por exemplo, a terça-feira é um dia que [...] às 07h eu estou no acolhimento e fico até meio-dia para que meio-dia troque a enfermeira. Então, já atende a demanda espontânea, passa os casos para os médicos; tem casos que são feitos encaixes, os médicos atendem, outros não. Às vezes, nem tem realmente a necessidade, então, já é dispensado pelo próprio enfermeiro. Primeiramente, passou pela triagem dos técnicos de enfermagem.” E12

O conjunto das falas reproduz o acolhimento como uma técnica que (des)ordena a agenda médica e tria as demandas que, em sua maioria, são referentes a patologias identificadas pelos usuários, resgatando as conclusões do estudo de Faria e Campos (2012) que apontam o atendimento da demanda espontânea, em duas USFs, orientado para resolução de queixas/problemas agudos.

“Então, nós aqui já fomos domesticados, vamos dizer assim, para atender demanda aguda, não sendo PA, então, como trabalhar com isso? [...]. A gente tem uma escala de acolhimento [...] que é uma sala lá da frente [...] tem quatro técnicos e uma enfermeira. [...]. Todas as enfermeiras têm dois períodos fixos e um que ela intercala com outra. [...]. Até que hoje funciona assim: [...] a pessoa pode vir das 07h às 9h para pegar a senha e das 12h às 14h. Então, os técnicos chamam, colhem os dados, sinais vitais e depois a gente chama um por um, para classificar, triar [...]. Nós temos uma tabela que a gente marca tudo, dia, nome, data, queixa e o que foi a definição do caso, se foi a enfermeira, a classificação de risco [...]. E os médicos atendem quatro. É assim: os clínicos, são quatro encaixes, então, a gente às vezes de segunda-feira, o negócio pega, tem 30, mas em média, 15 por período, para acolher. Os pediatras são dois para cada também e o GO depende [...]. Tem dia que todos passam e [...] após esse horário [...] e aí? A recepção não pode dispensar: ‘Ai, estou passando mal, não sei o que’. ‘Olha, atendimento médico, agora não tem mais, mas você pode falar com a enfermeira.’ E aí a gente atende, chama sem senha, vem, fala com a gente e aí a gente vê. (Se) chegou passando mal, alguma coisa grave, já corre para a sala de observação, para a sala urgência. Então, a gente não deixa de acolher. O acolhimento aqui é das 07h às 17h.” E10

A fala de E3, além de compartilhar a organização do acolhimento na USF, destaca que essa forma de atendimento baseada na queixa-conduta é desumana tanto para a enfermeira quanto para o usuário, pois é um momento em que todos os problemas dos usuários são apresentados em busca de uma resposta, o que sobrecarrega emocionalmente a enfermeira.

“Eu acho que o que tem que mudar aqui é a forma como o acolhimento é feita. É desumana comigo e com o paciente. Porque o que acontece: vem todos os pacientes às 07h em busca de alguma coisa. Às vezes, até de uma resposta. Só que às vezes, abre ficha de 22, 25

pacientes e eu já vi que em uma hora, eu consigo atender dez pacientes. Então, como todos abrem a ficha às 07h, você imagina às 08h30m como está o último paciente e como estou eu? Porque é tanta queixa, tanto problema, tanta coisa que às vezes eu não consigo resolver por conta do sistema que é assim, não fui eu que criei dessa maneira, eu só tento encaixar a queixa do paciente, a necessidade dele naquilo que está disponível. Então assim, eu fico incapaz de resolver, de fazer muita coisa. Eu acho que é uma coisa que acaba comigo, com o meu emocional, porque a gente é sugada e também não é bom para o paciente. Se é ruim para mim, para ele é pior ainda.” E3

“A gente tem dia que fica no setor acolhimento, atende toda a demanda espontânea por um período, [...] em torno de três períodos por semana para cada enfermeira [...] e a gente acolhe as queixas das pessoas e tenta discutir, tenta resolver o que a gente não consegue resolver ou o que a gente acredita que precisa de atendimento, a gente discute com o médico e ele vai ver a possibilidade, porque ele também tem um limite de tempo e horário para atender ou a necessidade de ser atendido aquele paciente.” E11

Esse aspecto é apontado por Silva, Pontes e Silveira (2012) que também identificaram sobrecarga de trabalho no acolhimento de uma USF que contribui ainda para a insatisfação dos trabalhadores especialmente pela forma como o acolhimento tem sido desenvolvido, ou seja, sob a lógica procedimental e médico-centrada.

E11 afirma que a lógica biomédica de trabalho está enraizada igualmente nos usuários que, muitas vezes, não aceitam o cardápio de ofertas diversificado oferecido por outros profissionais que não são médicos. E6 ratifica a presença dessa cultura assistencial e completa que alguns trabalhadores também têm essa visão de atendimento médico-centrada que prejudica o olhar ampliado para compreender o processo saúde-doença em seu conjunto de determinantes sociais. Nesse sentido, Esmeraldo et al. (2017) e Engela et al. (2018) afirmam que a percepção sobre o modelo assistencial vigente de trabalhadores e usuários é igual, pois ambos ainda valorizam a cultura da resolução imediata de uma demanda.

“Mas eu acho que pensando na unidade como um todo, o pronto-atendimento ainda está muito na cultura das pessoas, está muito na demanda das pessoas. Elas frequentemente ficam incomodadas quando a gente diz que o acolhimento não vai ser o atendimento médico que o acolhimento ou a resolução de uma demanda não vai se dar com uma prescrição. Aqui eu sinto bastante. [...]” E11

“Só que é um trabalho de formiguinha, né? Porque está tudo muito enraizado, né? Desde os profissionais da unidade, até os pacientes. [...]. No tradicional. Na parte médica. E assim... e o que nós temos aqui [...] são pessoas muito tradicionais. Inclusive médicos. O que prejudica um pouco a visão de todo mundo. Então, desde a recepção até o médico, nós temos pessoas que trabalham ainda como UBS. Não é PSF.” E6

Essa perspectiva voltada para o modelo de assistência à saúde tradicional parece suprimir nos usuários a compreensão da importância de adotar medidas de promoção e ações preventivas com relação ao processo saúde-doença que inclui a realização de exames de detecção precoce de

doenças, em especial, as crônico-degenerativas que, não raramente, mostram avanço e suas consequências por meio de sintomas agudos para os quais os usuários buscam atenção.

“A gente percebe que muitos vêm procurar a gente só quando realmente estão numa situação aguda ou de uma hipertensão ou uma diabetes que está atingindo órgãos alvos, então, a gente percebe que muita gente espera piorar para procurar a gente. [...]” E14

“Eu acho que eles [...] têm dificuldade com a prevenção. Vem [...] procurando o posto só quando estão com algum problema ali naquela hora e não usam o serviço para a prevenção de doença. Só vêm para recuperação da saúde. [...]” E31

Nesse contexto, a busca pelos cuidados curativos mais imediatos pode traduzir a ideia de que os usuários nem sempre decidem quando desejam consumir a oferta do cardápio de ações da USF. Eles buscam atendimento quando necessitam (mediante o surgimento de sinais e sintomas que rompem com o funcionamento fisiológico esperado) e delegam a responsabilidade pelo seu reestabelecimento funcional ao trabalhador de saúde (MENDES, 1994).

Assim sendo, espera-se que a SF gradualmente reorganize a produção de ações, de diferentes naturezas, que se complementem: ações clínicas, de saúde pública e de acolhimento ao imprevisto e atenção à demanda espontânea (CAMPOS, 2007; COELHO, 2007). Do quanto exposto, entende-se que Campos (2007) e Coelho (2007) trazem a ideia de que o atendimento clínico individual curativo e reabilitador pode e deve dividir espaço com as ações preventivas e de promoção de saúde, no mesmo sentido proposto, mais recentemente, por Esmeraldo et al. (2017) de que não existe um modelo de atenção único a seguir e sim combinações, rearranjos e associações que viabilizam e fortalecem as práticas de saúde.

Esse pensamento de complementariedade das distintas ações de saúde parece ainda não ter sido aceito ou incorporado pelos usuários que buscam uma receita mágica e rápida para se livrar de sintomas de doenças, não reconhecendo, segundo E11 e E24, a importância de cuidados preventivos.

“Uma coisa que eu acho que incomoda bastante os usuários porque eles querem medicação e eu sempre digo para eles: ‘Não se deve entrar com medicação sem necessidade de medicação’. ‘Você gosta de medicação profilática, é muito relativo, nem sempre funciona, nem sempre ajuda.’ [...] Então, vamos usar as coisas que realmente previnem e aí, às vezes, eles ficam muito bravos com isso porque eles têm a sensação de que (só) a medicação vai tirar. [...]. Mas eles querem sair com uma receita mágica. [...]” E11

“Muitas vezes eles buscam uma resolução imediatista de um problema. [...]. Eles acreditam que (a demanda) é aguda, mas muitas vezes é uma situação crônica. [...]. E muitas vezes eles vêm na unidade porque querem fazer um check-up e não agendam a consulta. A nossa população ainda tem muito arraigado aquela questão [...] da resolução imediatista de um eventual problema. Ou então, que eles acham que têm algum problema, mas [...] não fazem exame de rotina, já querem resolver naquele momento. E muitas vezes a gente não dá conta, [...] você não consegue trabalhar com um paciente assim e isso [...]

é muito frustrante, porque nós, nesse período todo que estamos trabalhando aqui, ainda temos a expectativa de que a população faça mais um trabalho preventivo de saúde do que uma situação para resolver alguma coisa, para restabelecer a saúde. Então assim, é muito complicado trabalhar isso.” E24

E26 reitera que os usuários parecem não valorizar a educação em saúde, não aderindo às atividades de orientação.

“A gente tem uma dificuldade. Eu confesso. Eu acho que eu, a minha dificuldade, [...] (é) conseguir fazer atividade de educação em saúde com a população, porque a população tem baixa adesão. Para você fazer uma coisa pequenininha, você tem que [...] fazer uma divulgação meses antes, dá muito trabalho. [...].” E26

Nesse contexto, portanto, caracterizado pela busca dos usuários por ações curativas imediatas e pela dificuldade de adesão às ações preventivas e de promoção de saúde, são formadas as expectativas dos usuários que se referem ao pronto atendimento pelo profissional médico.

5.2.1.2 As expectativas dos usuários: a procura pelo médico

Com relação às expectativas dos usuários percebidas pelas enfermeiras, reiteram-se falas na direção de que os usuários procuram as USFs pela figura do médico.

“(O usuário) sempre quer passar pelo médico. Quer consulta, encaixe, adiantar a consulta, receita e aí para todos eles a gente fala: ‘Passa pelo acolhimento’ e a gente discute, a gente atende para ver como a gente pode auxiliar.” E15

“O que eles buscam até hoje? É consulta médica. Não tem jeito, é consulta médica. [...]. Não conseguimos mudar isso até hoje.” E22

“(Os usuários buscam) atendimento médico.” E28

“A maioria das vezes (os usuários buscam) consulta médica [...].” E31

Na busca pelo atendimento médico, os usuários trazem demandas que esperam ser resolvidas prontamente; é o imediatismo da resolução do problema apresentado, como já anteriormente apontado.

“A grande maioria ainda vem para o pronto-atendimento [...].” E11

“A maioria que vem, eles querem consultar com o médico naquele dia. Eles não querem saber que você vai agendar, que você vai estratificar ele por uma classificação de risco e mediante aqueles sinais e sintomas você vai reagendar ele para outro dia. [...]. Ele quer ser atendido no dia. Ou porque ele faltou no serviço e tem que levar um atestado de qualquer jeito e aí, a pessoa não entende que aqui não é um pronto atendimento, que a gente precisa fazer a classificação de risco e elencar a queixa à vaga. [...] E aí, uma dor de coluna crônica de três meses que está agudizada, eu não consigo atendimento no dia, tenho que agendar para sete dias. E a pessoa não aceita isso, a pessoa faltou no serviço naquele dia. Ela não quer saber daqui sete dias. E não tem como a médica assumir tudo isso porque ela tem vinte pacientes de agenda para atender.” E3

“A gente tem uma demanda espontânea que normalmente vem adulto, vem idoso, mas eles são de maioria, são queixas de problemas não crônicos, né? Tosse, dor de garganta, dor lombar, raramente vem alguém aqui que você olha: Eu estou com a pressão alta ou com a glicemia alterada. Mas, às vezes, aparece. A maioria é problema respiratório, problema de dor, os eventuais.” E4

Demandas das mais diversas que vão de queixas clínicas agudas à solicitação de encaminhamento para especialistas, de prescrição médica, de atestados de saúde, de exames.

“O dia inteiro eles vêm procurar receita, por diversos motivos. Tem muita procura mesmo. E também por qualquer coisa: dor na perna, dor de cabeça, cólica de rim, dor ao fazer xixi.” E2

“Vai desde um atestado, [...] um encaminhamento, porque já tem uma dor há um tempão e acha que precisa ir para o ortopedista ou precisa de um oftalmo e, às vezes, vem para encaminhar para uma especialidade. (A procura) continua sendo muito por causa de medicamentos que perdem, perdem muita receita. [...]. Eu acho que hoje é mais isso mesmo.” E29

“Tem as pessoas que vêm em busca de atestado médico, até uma saída para os filhos, os filhos não podem faltar na escola para não cortar o bolsa-família, então, se o filho faltou na escola, a gente percebe que a tendência é eles virem aqui para levar uma declaração para a escola para não perder o benefício. E a gente não tem o que fazer, porque às vezes a criança não tem nada, a gente percebe que foi uma história e aí é complicado.” E14

Um aspecto importante presente na fala de E14 revela que a busca por atendimento médico expõe, indiretamente, fragilidades e disparidades no acesso ao sistema de saúde.

“A gente recebe pessoas de outros estados que vêm passar um tempo na casa de um familiar para se tratar [...]. E eles falam abertamente: ‘A gente quer um encaminhamento para fazer um tratamento no HC, uma cirurgia’ e depois eles vão voltar [...]. Eles chegam: ‘Ó, ele está morando aqui então, vamos cadastrá-lo na minha casa’, mas ele veio para fazer um tratamento de câncer, por exemplo [...] pois na região dele não tem condições, não tem previsão para o tratamento. Então, é muito comum, na minha área [...] eu já vi diversos casos, pelo menos um por mês, mais ou menos. Um caso novo por mês.” E14

Segundo E22 e E10, alguns usuários criam estratégias para chegar até o médico reproduzindo, no acolhimento, um discurso dos próprios profissionais de saúde, de que devem procurar por assistência imediata quando não estiverem se sentindo bem, reforçando o comportamento da queixa-diagnóstico-conduta e da medicalização da saúde.

“Já tem aqueles casos que (os usuários) procuram dar nó na enfermagem para chegar até o médico, falam assim: ‘Nossa, meu neném está com uma diarreia, estava evacuando, com o bumbum em carne viva, preciso passar com a doutora para ela me passar uma pomada’, eu falo: ‘Então tá, vamos lá ver o bumbum do seu neném’. Estava aquela pele íntegra, tudo certinho. Quer dizer, ela queria chegar até a médica, então, ela estava inventando alguma coisa para chegar lá. Falei: ‘Não, não tem necessidade, o seu neném está bem, está hidratado, tudo direitinho, vamos agendar uma consulta.’ Agendei a consulta, porque ela não estava vindo na puericultura direitinho. Chegou no dia, faltou. Ela queria aquele dia por alguma razão chegar até a médica. A gente desconfia o que é, tem um relacionamento perturbado com o marido, ex-presidiário. A gente sabe, ela queria chegar ali. Não tinha

necessidade de ela passar a criança aquele dia, de jeito nenhum. Mas essas coisas acontecem.” E22

“Só que assim, muitas vezes o paciente mente para a gente, ele mente para entrar, entendeu? [...]. Tem mães que já sabem que três dias de febre vai passar com o pediatra e elas mentem. [...].” E10

Na década de 1970, Carlos Gentile de Mello aprofundou uma discussão, bastante importante à época, sobre a medicalização da saúde, associando esse comportamento à atuação da indústria farmacêutica, com o lançamento de medicamentos novos nem sempre respaldados por estudos de segurança, eficácia e efetividade (MELLO, 1977). Mais contemporaneamente, Angell (2009) comprova a pressão e o fascínio que o marketing comercial de laboratórios exerce tanto sobre os prescritores de medicamentos para a incorporação de produtos mais modernos, quanto sobre as pessoas para aquisição desses.

Matta (2013), Tesser, Poli Neto e Campos (2010) afirmam que a medicalização da saúde reduz os distintos e complexos determinantes do processo saúde-doença a uma expressão fisiopatológica que responderá a uma única intervenção, geralmente farmacológica, cuja prescrição é atribuição centralizada no médico. Tesser, Poli Neto e Campos (2010) completam que o acolhimento nas USFs tem servido de espaço para reforçar a cultura medicalizante e o pronto atendimento, tal como apontam as falas das enfermeiras na presente investigação, em vez de possibilitar desenvolvimento da escuta e da sensibilidade para avaliar riscos e vulnerabilidades dos usuários.

Nesse sentido, o acolhimento pode ser menos medicalizante na medida em que os trabalhadores forem capazes de orientar os usuários a perceberem e aceitarem outras tecnologias (não médicas) para a resolução de sua demanda/problema/necessidade, pois muitos dos problemas trazidos não se enquadram em diagnósticos patológicos precisos. Por isso, a forma de desenvolver o trabalho no acolhimento pode definir o grau de medicalização buscado pelos usuários. Quanto mais o acolhimento se basear em protocolos e fluxogramas rígidos e encaminhamentos, mais medicalizado ele será (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010).

Portanto, depreende-se que a forma como E22 e E10 expressam o atendimento do usuário no acolhimento parece não contribuir para ampliar o vínculo do usuário com outro profissional da equipe de saúde que poderia gerar possibilidades de escuta ampliada e de outras estratégias para o cuidado que não apenas a intervenção médica. Essa oportunidade poderia abrir uma brecha ou possibilidade para o trabalho da enfermeira na leitura de necessidades de saúde e da intervenção na perspectiva da integralidade.

No contexto biomédico de atenção parece ser natural que essa perspectiva de cuidados de saúde tome forma e se desenvolva, sendo a principal responsável por tratar, minimizar e suprimir

sintomas e sinais que podem, muitas vezes, esconder sentimentos, atitudes e situações de vida que merecem maior atenção (CHRISTOFARI; FREITAS; BAPTISTA, 2015), tal como refere E11.

“Eu vejo as pessoas muito ansiosas; as doenças mentais, especialmente depressão e ansiedade, as crises estão aumentando muito, a gente identifica bastante gente aqui, começa tratamento, encaminha para o setor específico, tem uma demanda bem grande de saúde mental desses transtornos mais relacionados a essas questões, então, as pessoas querem tudo mais imediato. A gente tem bastante disso.” E11

Além da cultura biomédica, as limitações de serviços de pronto atendimento da rede de saúde de uma determinada região e a vulnerabilidade social que atingem uma parcela significativa da população também podem contribuir para a busca dos usuários por atendimento médico imediato de suas demandas nas USFs, tal como sinalizam Frutuoso et al. (2015) e as falas das entrevistadas.

“A unidade X estava fechada, agora que está retomando as atividades. O pronto-socorro X que é nossa referência é muito longe. [...]. Para paciente daqui do bairro chegar na unidade Y tem que pegar dois ônibus e a maioria deles não tem dinheiro para pegar o ônibus, então, eles não vão, eles vão trazer aqui mesmo. [...].” E21

“Às vezes chega criança aqui com febre, com questões que precisam da avaliação médica e a gente tem que fazer o acolhimento e tem que encaminhar porque não dá; teve dia que tinha 17 encaixes para pediatra. Impossível a gente atender uma agenda e mais 17 encaixes. [...]. A depender, tem que mandar mesmo para o PA e é uma judiação porque eles não têm como ir para o PA. Então, tem uma demanda clínica muito grande aqui de acolhimento, de coisas que precisam de atendimento médico.” E23

“Outra coisa também que gera flutuação na nossa demanda é que desde que eu entrei aqui, o pronto atendimento X está fechado, então, nosso serviço está sendo muito usado também para pronto-atendimento que é uma coisa que atrapalha. [...].” E26

“Apesar da educação continuada, da comunicação, de informar sempre o modo de funcionamento da unidade [...] que hora faz isso e aquilo, a gente tem uma demanda espontânea muito grande sempre. Por quê? Uma por conta dessas vulnerabilidades sociais. Então assim, a pessoa às vezes não tem dinheiro nem para uma dipirona, aí não compra. Se você tem dinheiro, você vai na farmácia e compra. Aqui não. Precisa pegar na farmácia, se não tiver receita você não consegue pegar.” E30

Apesar da expectativa dos usuários por resolução imediata de suas demandas pelo médico acontecer frequentemente nas USFs, alguns usuários parecem buscar outro tipo de resolução que vai além do imediatismo. E26 esclarece que apesar dessa expectativa inicial, alguns usuários também esperam que a USF seja um espaço de escuta de seus problemas.

“Eu brinco que tem demandas que são drive-thru da saúde. A pessoa quer passar bem rapidamente no drive-thru, fazer o pedido de um lado e do outro lado pegar o pedido e ir embora. E isso eu vejo nas mais diversas situações. Então, desde uma pessoa que tem uma queixa real e quer um drive-thru, quer uma situação rápida, eficaz, efetiva, resolutive, tudo

junto e tudo muito rápido. E vejo também aquela pessoa que vem ser ouvida. A realidade dela lá na casa dela é muito dura, então, ela quer pelo menos ser acolhida.” E26

E27 refere que os usuários também procuram por orientações relacionadas a questões sociais determinantes do processo saúde-doença.

“Olha, eles vêm muito para o atendimento médico, muito assim: ‘O doutor X está aí?’ [...]. Além da área médica, eles vêm muito também para a área social pedir uma orientação. Nós temos gente que precisou de fralda geriátrica e isso é feito no fundo social. Então, [...] a gente orienta a família. Às vezes, precisa de passe de deficiente, a gente orienta, vê onde vai. [...]. Eles vêm aqui por causa desses projetos da USF X.” E27

Em uma das observações da USF 1, uma usuária busca a Enfermeira 2 para solicitar fraldas, encontro no qual a trabalhadora, que não conhecia o usuário requerente do insumo, aproveita para se apresentar e disponibilizar os serviços oferecidos pela USF.

Início da OBS da USF 1: 09h20min

Usuária entra na sala onde a Enfermeira 2 e ACS estão conversando, estica o braço, entrega à Enfermeira 2 alguns papéis e pergunta: *“Como eu pego fralda pro meu marido?”*

Enfermeira 2: *“A senhora pode aguardar um pouco que eu já lhe atendo?”*

Enfermeira 2 termina o assunto com a ACS e chama a usuária que pediu orientação sobre a solicitação de fraldas.

Enfermeira 2 chama usuária que está na porta do consultório aguardando atendimento.

Usuária entra e fica em pé ao lado da mesa da Enfermeira 2.

Enfermeira 2 pergunta: *“Qual o nome do seu marido?”* [...]

Enfermeira 2 busca o formulário no sistema, imprime, pede um documento do marido da usuária, pergunta sobre o tamanho da fralda e preenche o formulário. [...]

Usuária se senta na cadeira ao lado da mesa da Enfermeira 2 que confere os dados pessoais e termina de preencher o formulário. [...]

Enfermeira 2, concentrada no atendimento, pergunta: *“Qual o tamanho da fralda?”*

Usuária: *“Acho que é P.”*

Enfermeira 2: *“Não é melhor pedir M? Pois se ficar apertada, não dá pra aumentar o tamanho.”* (E a duas conversam sobre o tamanho da fralda).

Usuária: *“Tá.”*

Enfermeira 2: *“Quem é o ACS que passa na sua casa?”*

Usuária: *“Não sei, mas a Fulana foi lá me visitar várias vezes.”*

Enfermeira 2: *“Como está seu marido?”*

Usuária fala das internações do marido, que está tomando medicamento no domicílio.

Enfermeira 2: *“Quem traz seu marido aqui no posto?”*

Usuária: *“Meu filho, de carro.”*

Enfermeira 2: *“Eles estão aqui?”*

Usuária responde que sim com a cabeça.

Enfermeira 2: *“Eu quero ver ele.”*

Enfermeira 2 sai do consultório para solicitar a assinatura da gerente no formulário.

Usuária também sai do consultório e verifica se o marido e o filho estão na unidade.

Em instantes, Enfermeira 2 e usuária retornam ao consultório.

O celular da usuária toca. Ela verifica quem está chamando, atende a ligação e diz: *“Oi, tô aqui, tô vendo as fraldas.”* E encerra a chamada.

Enfermeira 2 entrega os formulários preenchidos e pede para ver o marido.

Usuária: *“Eles tão no carro, já.”*

Enfermeira 2 acompanha usuária até o carro que está parado em frente à unidade.
Enfermeira 2 se apresenta ao filho (que aparenta ser adulto jovem) e ao marido (que aparenta ter meia-idade) que estão dentro do carro e se coloca à disposição para atendê-los.
Filho agradece, usuária e Enfermeira 2 se despedem.
Usuária entra no carro e Enfermeira 2 retorna à unidade.
Término da OBS da USF 1: 09h50min

A atitude da Enfermeira 2 parece mostrar o interesse da trabalhadora em conhecer a população vulnerável e organizar os cuidados conforme as demandas dos usuários, o que indica uma brecha no trabalho da Enfermeira 2. Entretanto, durante o período de observação do trabalho na USF, não foi observada nenhuma troca de informações ou conversa da Enfermeira 2 com o ACS responsável em visitar essa família em busca de um maior entendimento da situação de saúde do usuário e de outras possíveis necessidades, já que o uso de fraldas geriátricas sugere o acometimento por doença degenerativa e incapacitante. Conclui-se, portanto, que o encontro produziu uma brecha que parece não ter sido aproveitada pela Enfermeira 2.

Ainda são apontadas situações em que os usuários buscam outras possibilidades de cuidado nas USFs como, por exemplo, o expresso por E25 e E6 quando afirmam que alguns usuários têm aderido ao acompanhamento preventivo e de rotina, com a enfermeira, especialmente as mulheres em fase reprodutiva.

“A gente percebe que quando a gente faz algum tipo de grupo, algum tipo de interação, a população não é muito ... não tem um vínculo de ... como posso dizer, não adere muito [...] em grupos, eles ficam meio voltados ainda ao atendimento médico. Mas, também tem muita gente que vem aqui na unidade para procurar um pouco de promoção e prevenção em relação a querer conversar um pouco, principalmente adolescentes [...] meninas. Os homens até que não, mas quando elas começam a entrar na fase de adulto, elas vêm procurar para conversar, principalmente se for comigo, enfermeira, então, [...] a gente tem um pouquinho de cada um, mas eles ainda buscam muito esse atendimento centrado no médico ainda.” E25

“A cabeça deles (dos usuários) ainda é muito medicina tradicional, então, eles vêm e muitas vezes eles querem agora. ‘Não, eu quero, eu preciso, estou doente.’ Eles não conseguem entender a prevenção. O que a gente está conseguindo fazer é a prevenção com a citologia, as mulheres agendam. Se não agendam, a gente avisa, pede para agente comunitária (avisar). É a única consulta que eu tenho é, preventiva, que elas vêm. Faltam, mas vêm bastante. De resto, todo mundo quer ... às vezes, tem paciente que entra aqui e fala assim: ‘Não, mas você não é médica?’ E6

A presença dos ACSs nas equipes possibilita, na visita domiciliar periódica às famílias adscritas, estimular a adesão aos tratamentos preventivos de saúde e fazer a busca ativa de faltosos que, na fala de E6, contribui para o controle e rastreamento do câncer do colo do útero (BRASIL, 2013). Esses trabalhadores são o elo entre o serviço de saúde e os usuários ao desenvolver atividades operacionais para agilizar o trabalho da equipe e da unidade (CUNHA; SÁ, 2013;

SAKATA; MISHIMA, 2012), bem como o laço de ligação quando articula as ações entre a equipe, interagindo com outros profissionais com vistas ao atendimento integral do usuário (SAKATA; MISHIMA, 2012).

Pela legislação brasileira, os ACSs integram as equipes de PACS e de SF tradicional e parametrizada. Assim como as equipes de PACS, as de SF parametrizadas também podem ser consideradas modelos de transição para o modelo de SF tradicional (BRASIL, 2017).

Essas falas parecem mostrar que a SF vem abrindo caminhos e oferecendo novas possibilidades de atendimento dentro da lógica biomédica de atenção. As enfermeiras compartilham essa “disputa” entre a expectativa do usuário por atendimento médico imediato e a organização do trabalho conforme os preceitos da SF.

“Eles ainda buscam muito atendimento médico e especializado, então, já chegam dizendo: ‘Quero ir no cardiologista.’ ‘Preciso ser encaminhado para o endócrino, eu quero o neuro, eu quero ortopedista.’ Não, mas às vezes tem algumas coisas que a Atenção Básica tem condição de avaliar antes disso e de entrar com tratamento e talvez resolver [...]. ‘Não, eu não quero, eu quero um especialista.’ Infelizmente não vai ter, não é essa lógica, não é essa necessidade no sistema, não é isso o que vai tratar, amenizar ou vai evitar aquilo. [...]” E11

“A gente tem um acolhimento de [...] renovação de receitas, mas como é que funciona isso? [...]. Se você chegar aqui hoje e falar: Ah, eu sou paciente da equipe X, quero renovar minha receita, vão te falar: ‘Quarta à tarde, sexta de manhã [...]’. E aí a gente avalia, não é simplesmente renovar. Sexta-feira eu estava com dois casos lá que eu falei: ‘Não, você...’ eu olho e mostro para o paciente. ‘Você veio em janeiro do ano passado, o doutor mandou você voltar em três meses, você não voltou, já renovou a receita duas vezes, não colheu exame... não, não vai.’ – a gente já chama a atenção. ‘Vamos agendar uma consulta’ [...]” E10

“Eles têm essa expectativa de chegar e querer o médico. [...]. Tem necessidade, precisa da consulta? Qual o motivo da consulta? [...]. A gente procura conversar com os pacientes e ver qual é a real necessidade dele naquele momento. Às vezes, o paciente está afoito porque ele tem que trocar receita médica: ‘Ai, preciso da consulta amanhã.’ ‘Não, calma. [...]’. ‘Está fazendo três meses que o senhor colheu o exame. Então, o senhor [...] toma mais de quatro medicamentos, o senhor vai ter que colher exame novamente. O senhor tem que fazer monitoramento [...]. Então, não adianta ir com o senhor em uma consulta rápida para trocar receita, tem que colocar o senhor em uma consulta médica, clínica, com horário marcado para que o senhor faça todo o protocolo da doença quando não transmissível.’ [...]” E32

Em uma das observações da USF 2, verifica-se que apesar de a Enfermeira 1 demonstrar preocupação com a ambiência⁴⁹ no atendimento, interesse e disponibilidade em conhecer o contexto de vida do recém-nascido, cuja mãe realizou o pré-natal no convênio, a produção dos cuidados ainda é fragmentada, pois o bebê é encaminhado para a sala de vacina e sala de pré-

⁴⁹ A ambiência será apresentada e discutida mais adiante em 5.2.3.3 As características do trabalho na perspectiva da SF ao serem abordadas as dificuldades no cotidiano do trabalho na página 149.

consulta antes de ser atendido pela Enfermeira 1 no consultório. E Enfermeira 1 ainda solicita para a funcionária da recepção providenciar o cartão SUS do bebê.

Início da OBS da USF 2: 08h45min

Telefone fixo do consultório toca e funcionária diz que Fulana e seu bebê chegaram para a consulta que está agendada.

Enfermeira 1 orienta a funcionária a encaminhá-los à pré-consulta e sala de vacina enquanto vai preenchendo o sistema e diz para a observadora: *“Eu vou preenchendo o sistema para poder ter mais tempo de olhar a mãe”*. [...].

Enfermeira 1 verifica o sistema e repara que ainda não foi feito o cartão SUS para o recém-nascido agendado. Anota as informações, levanta-se, dirige-se à recepção e pede para a funcionária administrativa providenciar o cartão SUS para o recém-nascido. No trajeto entre o consultório e a recepção diz para a observadora: *“Hoje é uma parte mais burocrática, então, eu vou adiantando essas coisas para ficar mais com a criança. É um casal desconhecido, não sei como foi orientado no pré-natal do convênio”*.

De volta ao consultório, Enfermeira 1 organiza as cadeiras para receber o casal e o recém-nascido. A família se aproxima com o pai segurando a criança no colo.

Enfermeira 1 diz para a observadora: *“Vamos ver o lado colaborativo”*. (Referindo-se à ajuda do pai).

As pessoas se cumprimentam e o casal se acomoda sentado no consultório para a Enfermeira 1 iniciar o atendimento. [...].

Término da OBS da USF 2: 11h

A observação revela que a atitude da Enfermeira 1 em organizar as cadeiras do consultório e buscar conhecer/avaliar a participação do pai no cuidado com o bebê traduz-se em pistas para um atendimento diferenciado, ampliando o foco clínico da consulta para as relações que se estabelecem na dinâmica familiar com a chegada de um recém-nascido.

Pelo conjunto dos resultados, é possível afirmar que as características do trabalho nas USFs estão voltadas para o atendimento médico de demandas clínicas e execução de tarefas que derivam do saber médico, pois a abordagem curativa individual e imediatista parece ainda organizar o trabalho das equipes e a assistência aos usuários. Essa realidade está de acordo com a maioria dos estudos da revisão de literatura que indica a organização do trabalho nas USFs sob a lógica biomédica. Nesse contexto, usuários criam suas expectativas de atendimento, buscando receitas, exames e especialistas.

Algumas enfermeiras declararam que o contexto social e a (in)disponibilidade de outros serviços de retaguarda podem reafirmar essa cultura de atendimento e de expectativas nas USFs. Todavia, as USFs parecem oferecer espaço para o usuário buscar apoio e resolução de demandas sociais que interferem no processo saúde-doença. Apesar de essas demandas estarem, muitas vezes, atreladas às condições de vida que, certamente, trazem outras necessidades, alguns trabalhadores se mostram disponíveis para atender somente a demanda que chega à USF, sem a iniciativa de investigar e descobrir as necessidades escondidas sob as demandas que indicam,

claramente, essa possibilidade. Esse ponto parece ser importante para o trabalho da enfermeira e pode ser considerado uma brecha no sentido de oferecer a oportunidade de se planejar o cuidado na equipe, conforme as necessidades de quem busca a USF.

É possível verificar que algumas usuárias em idade reprodutiva buscam, timidamente, a USF para realizar acompanhamento ginecológico preventivo. Segundo as falas, essas atividades podem ser incentivadas pelos ACSs, sob a perspectiva de laço de ligação, desde que sejam orientados pelas enfermeiras. A relação dos ACSs e da enfermeira com essas usuárias também podem ser consideradas pistas que podem conduzir a possíveis brechas para investigar outras necessidades femininas para além da demanda do uso de contraceptivos ou da prevenção do câncer do colo de útero.

5.2.2 A USF parametrizada: qual a lógica que predomina?

No município de Ribeirão Preto-SP, têm sido denominadas USFs parametrizadas aquelas UBSs readequadas para a atuação segundo a lógica da SF, sendo que nessas unidades há uma organização das equipes, carga horária, definição de territórios específicos para as equipes, de acordo com a PNAB de 2017 (BRASIL, 2017), como já apontado anteriormente.

As enfermeiras apontam características do trabalho na perspectiva da organização da USF parametrizada que envolvem: a composição diferenciada das equipes, a fragmentação da atenção ao usuário, a falta de médicos, as vantagens e desvantagens dessa organização da unidade de saúde e a substituição da lógica da SF tradicional e da UBS tradicional pela organização da USF parametrizada, bem como situações que indicam uma “disputa” entre a perspectiva da SF parametrizada e as práticas biomédicas.

5.2.2.1 As características do trabalho na SF parametrizada

Com relação à composição das equipes na perspectiva da SF parametrizada, as enfermeiras afirmaram que há diferenças de carga horária entre os médicos especialistas que estão de acordo com o rearranjo de trabalho desses profissionais nos modelos de transição para a SF de acordo com a legislação vigente (BRASIL, 2012, 2017).

A divisão por especialidades médicas parece recortar o usuário em partes de maneira que cada especialista (clínico geral, ginecologista/obstetra e pediatra) trata do órgão/sistema para o qual foi contratado com base, ainda, na tríade queixa-diagnóstico-conduta. Segundo as entrevistadas, essa forma de atendimento médico não propicia a integralidade da atenção em sua

perspectiva holística que inclui o usuário em sua família e comunidade (GIOVANELLA et al., 2002), sendo expressa uma crítica a essa forma de organização da atenção que rompe com a lógica posta para a SF.

“Hoje (o atendimento) é fragmentado, tem gente que vem aqui e só passa com a GO, outro vem e só passa com o clínico, outro vem e só passa com o pediatra e nenhum (médico) sabe de todos os casos. Eles não conhecem a família como um todo. Isso é um primeiro dificultador, né?” E3

“A gente trabalha bem fragmentado. [...]. Porque a gente tem o clínico, o pediatra e o ginecologista, já é a parte que fragmenta. Não tem como ter atendimento integral. Eu tenho três médicos atendendo então, não dá certo. Ai o meu clínico atende bem mais pacientes que o meu pediatra e o meu ginecologista. Então, a gente vê que o processo de trabalho dele, que o jeito dele trabalhar é queixa-conduta [...]. Ele não quer saber da vida do paciente. Não dá tempo, entendeu? A pediatra, não; a gente já vê que ela tem a agenda mais fácil, é uma agenda que ela consegue ver, mas ela vai ver só criança e, no máximo, a mãe que está ali. Ela não vai ver tudo. Então assim: essa estrutura (parametrizada) não funciona. Eu sinto que é para inglês ver. Está lá no Ministério da Saúde, mas não adianta falar que funciona que consegue ter 80% de resolutividade, não tem. Eu cheguei a essa conclusão, porque a gente está nadando contra a maré.” E4

“Eu acho que como Saúde da Família, de realmente ver a família como um todo, apesar de ser parametrizada e nós não termos um médico especialista em Saúde da Família, eu penso que isso às vezes faz um pouco de falta, porque você não consegue ver ele (o usuário) como um todo. [...]. Eu acho que fica um pouco fragmentado, porque é uma queixa de GO, então, (o clínico) não pode ver, tem que ser realmente o GO, [...] é essa fragmentação [...].” E12

A fragmentação do usuário em partes, a serem objeto da atenção, não tem relação somente com o trabalho dos médicos especialistas. Uma das observações da USF 1 revela que a organização do trabalho de outros profissionais também reforça a fragmentação do atendimento e do cuidado ao usuário.

Início da OBS da USF 1: 07h10min

Da porta do consultório das enfermeiras, observadora repara o movimento da unidade.

Os usuários entram e se sentam na sala de espera.

Uma funcionária, sentada dentro da sala que diz “pré-consulta”, grita o nome dos usuários. Um a um, os usuários (que parecem ser chamados em ordem de chegada) entram na sala de pré-consulta.

Depois de alguns instantes, os usuários saem da sala e voltam a se sentar na sala de espera.

Término da OBS da USF 1: 07h20min

Complementarmente, a carga horária diferenciada entre as especialidades médicas favorece, frequentemente, o atendimento de uma queixa/problema não relacionada, *a priori*, a uma ou outra especialidade que logo é reconduzida para aquela correspondente, conforme menciona E7.

“Só que agora... É, que tem esse (médico) que sai das 11h às 13h. Tem uma (médica) que sai das 12h30min às 13h30min. Tem uma que fica aqui, a ginecologista, tem dia que ela

fica aqui. Às vezes, só está ela, vamos supor, aí ... atende (a demanda espontânea). Assim, não gosta muito. Por exemplo, se for pressão alta ela atende, mas já fala para a hora que o médico chegar, passar para o médico [...] clínico. Agora é o seguinte: nós temos um clínico que está afastado então, cada dia estão vindo três clínicos diferentes nessa área. Um vem num dia à tarde, outro vem de manhã, então, tem hora que não tem clínico para essa área, áreas W e Z. Então, às vezes tem horário que fica sem médico. Se o doutor está almoçando e ela não está... [...].” E7

A possibilidade de se diferenciar a carga horária para os médicos especialistas não inibe a falta desses profissionais nas equipes. Esse fato parece interferir na organização do trabalho, no atendimento ao usuário, sobrecarregando o médico de outras equipes e perdendo a possibilidade do seguimento longitudinal e da integralidade da atenção. A lógica de manter o profissional médico com jornada de 40h estabelecendo vínculo e responsabilização junto à equipe e às famílias no território se perde, segundo as entrevistadas.

“Atualmente, a minha equipe está sem médico credenciado, porque era um pediatra que atendia duas equipes que saiu de licença e depois aposentou, então, tem nove meses que nós não temos um médico pediatra dessas duas equipes. Então, a gente está vivendo uma fase um pouco complicada, por conta dessa busca, porque minha equipe [...] tem [...] muitas crianças, é a que mais tinha demanda para pediatria. Nós pactuamos com a equipe parceira que são as outras duas, que também são parametrizadas, que tem o pediatra. Este pediatra da outra equipe atende nossos pacientes até dois anos que não podem ficar sem a puericultura e alguma intercorrência ele dá suporte, mas ele está fazendo além do que é determinado. [...].” E17

“O outro dificultador é a permanência do médico o dia todo na unidade, porque embora eles são de 20h, eu não tenho o dia todo um profissional médico para a equipe X. Eu tenho médico aqui o dia todo [...] ou pediatra ou GO, mas eu tinha o generalista o dia todo, então, me permitia algumas coisas, tipo, posso fazer aerossol qualquer horário, acolher a qualquer horário. Então, esse é um dificultador, porque às vezes o médico clínico de 20h faz horário de manhã, à tarde não, é outro clínico que não é da minha área. [...].” E32

“O meu clínico só vem 20h, eu teria que ter 40h de clínico, mas não conseguiu 40h [...]. Então, tenho uma demanda reprimidíssima para clínica, porque as equipes de lá, a Z e a W, tem uma médica de 40h que veio como 20h, dobrou a carga horária e ficou com 40h. E essa que está nas equipes X e Y, a gente tem vaga para 40h, mas só consigo preencher 20h porque ela nem tem disponibilidade para dobrar e o município não consegue contratar médico generalista para preencher a vaga. Eles fazem concurso, mas nunca tem médico suficiente, nunca tem gente interessada em vir para cá. Quando faz concurso e consegue médico, eles escolhem outras unidades [...] por vários fatores. Eu acho que é uma unidade longe, uma unidade que tem uma demanda grande, tem unidades mais tranquilas.” E23

Segundo Ney e Rodrigues (2012), diversos motivos justificam a situação apontada por E23: o atendimento de muitas pessoas e de muitas consultas não agendadas, a precariedade de sistemas de referência e dos serviços de apoio diagnóstico que comprometem a resolução das demandas pelo médico, a rigidez de horário, o cumprimento de metas, o baixo salário e a distância das unidades. Tais fatores parecem favorecer a permanência temporária desses trabalhadores nas equipes, tal como aponta E10.

“Só uma observação: equipe parametrizada é boa para suprir a necessidade do médico de 40h. Mas ela não supre a necessidade do Saúde da Família, do perfil, porque eles não têm visão, não têm. Eles são especialistas, todos, até os pediatras, além de pediatra tem alguma outra particularidade e eles estão aqui... você vê que é até arrumar outra coisa. Os clínicos, do início só tem um, todos mudaram já, da minha equipe mudou, foi o primeiro até. Todos têm... uma é geriatria, o outro é infectologista, o outro é oncologista, o outro é não sei o quê. E aí, a primeira oportunidade que têm, eles saem.” E10

Uma das enfermeiras traz uma visão mais articulada à gestão da organização do serviço de saúde na perspectiva da SF parametrizada, alegando que essa oferece vantagens quando comparada à SF tradicional, especialmente quanto à resolução de demandas médicas especializadas que diminui o número de encaminhamentos para a ginecologia/obstetrícia e pediatria e que, ao mesmo tempo, facilita o trabalho da enfermeira no atendimento das queixas clínicas eventuais que são direcionadas para os médicos correspondentes na própria USF.

“Então, o meu acolhimento enquanto enfermeira [...] eu consigo fazer isso com uma folga, para mim está muito confortável. E ainda eu consigo acolher a área que não é minha. Eu mais acolho as outras áreas do que a minha própria neste modelo parametrizado. E outro benefício é que uma mãe quer que seu filho seja avaliado pelo pediatra. Quando você fala que é o pediatra, ela se sente mais segura – não menosprezando o médico generalista, mas eu também me vejo como mãe, se você falar para mim: ‘Você prefere o generalista ou o pediatra?’ Claro, eu quero o pediatra para atender o meu filho, o meu bebê. Então, isso é claro. Eu tinha essa dificuldade também porque muitas das crianças que passavam pelo modelo generalista eram encaminhadas para passar com pediatria. E às vezes, dava para resolver na unidade. Hoje eu tenho uma resolutividade de pediatria muito mais alta do que quando eu tinha o modelo generalista. De ginecologia a mesma coisa, porque tinha coisas que para o ginecologista são simples, entre aspas, mas para o generalista eram dívidas. Então, o que o generalista fazia? Ele atendia, fazia o atendimento, a intervenção, só que ele pedia o encaminhamento. O meu número de encaminhamentos hoje é quase zero, porque eu não preciso encaminhar, eu já tenho essas duas especialidades básicas. Então, eu estou te falando dos benefícios, eu vejo isso como benefício”. E32

Além disso, E32 sustenta que a conformação das equipes nessa forma de organização do trabalho aumentou a oferta de consultas médicas na USF, indicando ser um benefício da SF parametrizada. Entretanto, cabe questionar se essa perspectiva não limita a compreensão do trabalho centrada no trabalho médico, perdendo-se, de certa forma, a possibilidade de a ação ser desencadeada pela equipe de saúde.

“Se você me perguntar os benefícios do parametrizado, eu vou te falar em números quantitativamente. Quando você tem ESF, um médico generalista, você consegue ofertar nas 40h semanais de trabalho dele, por mês, em torno de 260 consultas [...] – estou pegando a unidade X [...]. 260 atendimentos por mês era a produção dele. Vamos pegar um número maior para todos os grupos [...] ginecologia, pediatria e clínica médica. Hoje eu oferto só de clínica médica 262, 248 consultas médicas, só para trabalhar com as doenças crônicas não transmissíveis e as queixas clínicas [...]. Eu tenho mais disponibilidade de 200, 235 consultas de pediatria e 236, 240 de ginecologia. Se eu pegar metade das consultas para a unidade Y, que levando em consideração que o ginecologista

fica com duas equipes, eu tenho 120 consultas só de ginecologia e eu tenho 120 consultas só de pediatria. Com 120 consultas de pediatria eu atendo todas as minhas crianças na faixa etária de zero a dois, fazendo o programa da puericultura de forma adequada, correta e permanente [...] e ainda sobra vaga [...]. Na ginecologia, eu consigo de um dia para o outro colocar uma queixa clínica e na clínica médica eu consigo atender toda a minha demanda de uma forma organizada, que eu estou me organizando para isso, só que eu não tenho problema de vaga [...].” E32

Entretanto, E32 destaca como desvantagem a redução do recurso federal que varia conforme as modalidades de inserção dos médicos nas equipes (BRASIL, 2012, 2017).

“Se a gente for analisar em questão de recurso, (o modelo parametrizado) diminui o repasse do Ministério para o município, reduz de 20 a 40%. Então, é um dificultador, ainda mais nos dias de hoje e a gente sabe que a gestão está passando por momentos financeiros importantes. Recurso financeiro eu vejo como dificultador.” E32

Para algumas enfermeiras, o município foi adaptando a forma de organizar a atenção prestada considerando as dificuldades da implementação da SF, sendo que em algumas USFs, a unidade tradicional foi substituída pela organização parametrizada.

“Quando houve a necessidade de fazer uma unidade grande, como estava implementando a Saúde da Família, Ribeirão Preto precisava abrir mais unidades de Saúde da Família, foi feita uma discussão com a população e segundo o relato das outras enfermeiras, até que duas que estavam aqui já aposentaram. Então, foi muita discussão, a população demorou para entender como ia ser. E os médicos que estavam aqui [...] eram os médicos de família. Então, um ginecologista era médico de família de uma área, um pediatra pegou a outra área. Então assim, começou desse jeito, aí na outra área era também um clínico. E a partir daí, o pediatra começou a atender adulto, começou a atender gestante. Então assim, ficou uns anos... os médicos um pouco descontentes, porque o pediatra depois para atender GO, fazer pré-natal, tinha que ter a agenda da ginecologista, a ginecologista pedir ajuda para examinar o neném. [...]. Aí comigo trabalhou uma médica de família mesmo. Quando abriu essa quarta equipe era uma médica de família. Só que por outros problemas ela não interagiu com outros médicos, ela teve que sair daqui. E aí ficou esse embate, essa coisa que não estava dando muito certo. Aí a Secretaria resolveu fazer a divisão parametrizada. Então, aí veio um clínico, o pediatra ficou com a pediatria, o clínico ficou com o (atendimento) clínico. E aí dividiu. Aí [...] depois dessa mudança teve uma melhora. A população começou a aceitar mais [...] essa divisão (parametrizada) [...].” E7

Nesse arranjo, para permitir que o município cumprisse seus compromissos de ampliar as equipes considerando a abertura da legislação (BRASIL, 2012, 2017), permitindo novos formatos na perspectiva da SF, E13 refere que a organização da USF parametrizada também trouxe benefícios, pois os médicos se adaptaram melhor à forma de trabalho por especialidades, contribuindo para a aceitabilidade dos cuidados pela população.

“Nós temos um clínico que atende duas equipes, um pediatra que atende duas equipes e o nosso GO atende as quatro equipes. [...]. Não tem um médico da família. [...]. Mas aqui já teve, a minha GO já foi a médica de família da equipe X. Ela conhece toda a minha clientela, ela está aqui há muitos anos então, ela conhece muito. [...]. Desfiz (o formato de Saúde da Família tradicional), para esse outro (parametrizado). E as pessoas disseram

que esse outro formato (parametrizado) acabou dando muito mais certo, que o outro formato (tradicional) não dava mais certo.” E13

Apesar de algumas enfermeiras terem declarado que essa dinâmica fragmenta o trabalho médico devido à divisão por especialidades (que dificulta a abordagem integral e longitudinal do usuário e favorece o trabalho médico temporário) e diminui o repasse de recursos financeiros para a AB municipal, os resultados parecem mostrar que a adesão à USF parametrizada é uma opção para ampliar o número de equipes de SF em Ribeirão Preto-SP.

Essa necessidade é caracterizada pela contradição de se buscar a construção de uma rede de atenção na lógica da SF, vivendo a carência de profissionais médicos com disponibilidade de jornada de trabalho de 40 horas e sem a formação específica na SF.

5.2.2.2 A disputa entre a perspectiva da SF parametrizada e as práticas biomédicas

A mudança na lógica de organização do trabalho biomédico para a produção de cuidados de saúde na perspectiva da SF, por meio da organização das USFs parametrizadas, ainda enfrenta, no dia a dia, a dinâmica médico-centrada.

As enfermeiras evidenciam que nessa dinâmica há fragilidade do vínculo do usuário e de sua família com os profissionais das equipes e dificuldades de efetivar algumas das ações pertinentes ao trabalho no território, como a reunião de equipe para a discussão de casos/organização das ações e a visita domiciliar de médicos e auxiliares de enfermagem; ações que podem ser consideradas dispositivos potenciais para constituir práticas de saúde mais assertivas e singulares.

A ligação de afeto entre usuários e trabalhadores na organização da USF parametrizada parece ser insuficiente para apoiar e respaldar as mudanças praticadas pelos usuários em suas vidas (CAMPOS, 2013), interferindo diretamente na forma de captação das necessidades de saúde que são trazidas às USFs (CECÍLIO; MATSUMOTO, 2006), bem como na abordagem integral e longitudinal do cuidado pelos profissionais (FEUERWERKER, 2014).

Scholze, Duarte Júnior e Silva (2009) referem que o afeto é um aspecto subjetivo que pode estar presente na relação trabalhador-usuário, por meio da qual é possível desenvolver práticas de saúde mais singulares com vistas à humanização do cuidado. O afeto tem relação com a empatia e esta com o vínculo estabelecido no processo de trabalho em saúde. Portanto, entende-se que o afeto tem relação com o vínculo.

Nesse sentido, muitos estudos apontam que o vínculo (ou o afeto) entre os usuários e trabalhadores é frágil em diversas USFs brasileiras (CHAGAS; VASCONCELLOS, 2013; SOUZA et al., 2014; FRANK et al., 2015; CUNHA et al., 2015) e tal fato também foi invocado explicitamente por E4 e E11.

“Eu acho que aqui se assemelha muito a uma UBS tradicional. Os médicos, os enfermeiros com uma equipe de agentes comunitários de saúde. Então, o vínculo não é o mesmo. É muito diferente. Então assim: eu acho que uma das características principais que eu pude perceber é que a Saúde da Família nas USF X, Y, Z é o vínculo. A pessoa conhece muito, o profissional conhece muito o usuário da unidade [...]. E aqui já me aparenta mais uma UBS tradicional porque a gente não conhece as pessoas. O médico não conhece a família, qual a situação de saúde, não só do indivíduo, mas onde ele vive, que recursos ele tem. Isso não tem [...]. Então, fica prejudicada na qualidade, principalmente na criação de vínculo.”
E4

“O curativo é uma coisa importante uma pessoa só seguir. Hipertensão e diabetes. Claro, se a pessoa chegou com pico de 500, ela vai precisar de insulina e tanto faz quem vai [...] administrar ou prescrever. Mas o motivo que levou ela a ter um pico de 500 é importante que seja reconhecido por quem está seguindo o vínculo dela. Então, [...] a gente acaba não transitando tão rápido, não atendendo tão bem quanto se não fosse parametrizado [...].”
E11

As visitas domiciliares permitem conhecer as condições de vida, os riscos e vulnerabilidades do território e a dinâmica familiar dos usuários que podem afetar o processo saúde-doença. Elas são consideradas instrumentos facilitadores do planejamento de ações com vistas à promoção de saúde, fortalecimento do autocuidado e empoderamento dos usuários, sendo ainda uma excelente oportunidade para ampliar e aprofundar as intervenções de todos os membros da equipe (CUNHA; SÁ, 2013).

Entretanto, a complexidade de situações e os problemas de diferentes dimensões da área adscrita fogem, muitas vezes, da governabilidade dos profissionais de saúde, em especial do médico que acaba se afastando dessa atividade executando-a somente quando a enfermeira não consegue encaminhar ou precisa de uma opinião médica ou ainda quando o usuário tem dificuldade de locomoção (CUNHA; SÁ, 2013).

“O meu médico... os meus agentes não querem fazer visita com ele, porque ele chega na visita e fica assim (demonstra com braços cruzados). [...]. Nem aparelho de pressão leva, sabe? [...]. Eu o chamei para ir para uma visita esses dias, nós temos um deficiente problemático, falei: [...] ‘O agente foi lá e ele não está bem.’ ‘Não está bem, chama o SAMU, manda na UBDS.’ – desse jeito. Eu falei: ‘Você tem horário para ele, você não tem paciente marcado.’ – que eu falo, bato de frente mesmo, já até reclamou, não estou nem aí, estou indo trabalhar, mas tem coisa que eu não resolvo. Ele falou assim: ‘Vai você, avalia, se você achar que vai precisar você já chama o SAMU ou manda a família levar para UBDS.’ - desse jeito. E aí? É difícil. [...]. Como é que não vou fazer? Nem tentar, nem avaliar o paciente? Então assim, tem essas dificuldades que refletem no nosso dia a dia. [...].” E10

“Eu vejo que as auxiliares não têm o conhecimento da Saúde da Família, porque elas sempre trabalharam aqui [...] 17, 15 anos em UBS. Aí, de repente, teve essa modificação (de modelo de atenção). E elas não têm o trabalho igual era antigamente, da UBS tradicional. Elas não fazem visita domiciliar. Então assim: a gente não tem uma adesão grande para a Saúde da Família, não.” E4

“Nós temos agentes comunitários excelentes, auxiliares, também. Uns que ficam na dele, que não saem do lugar, porque eles (os auxiliares) também teriam que fazer visita. Então assim: que faz a visita mesmo não são muitos, mas aqui, como eu disse, parametrizado.” E7

“Os técnicos e auxiliares de enfermagem estão mais aéreos ainda para resolver problemas, porque eles não têm uma agenda onde façam visitas, isso não está inserido no processo de trabalho deles. Aqui nenhum técnico ou auxiliar tem uma agenda de visita. Às vezes, eles vão com a gente para ajudar na visita. [...]. Mas eles não têm essa rotina, eles não fazem atendimento domiciliar. E eu acho que isso distancia eles mais ainda de uma tomada de decisão. De poder abraçar alguma coisa para si, de poder resolver. Uma coleta de sangue no domicílio, é uma coisa que o auxiliar pode ir. Mas eu não consigo tirar um auxiliar da escala para ir. Então, muitas vezes eu vou, para eles continuarem a fazer o serviço deles.” E3

O médico e outros profissionais de saúde desenvolvem suas atividades reguladas por normas que regem suas funções, amparadas por tecnologias duras e leve-duras que auxiliam o diagnóstico, o acompanhamento e o tratamento de saúde (CUNHA; SÁ, 2013). Acredita-se que a essa realidade soma-se à dinâmica biomédica de trabalho que prioriza os atendimentos no espaço físico das USFs em detrimento de visitas domiciliares por médicos e por auxiliares de enfermagem no território de vida dos usuários e suas famílias.

“É, meu clínico faz (visita domiciliar). A GO tem horário de visita na agenda, mas é o mesmo horário da reunião de equipe. Então, como que ela vai fazer visita domiciliar se a equipe está reunida? Entendeu? Então assim, essas coisas que eu falo de estrutura e do (modelo) parametrizado que é ruim. Ela é especialista, não fica claro para ela, ela não se recusa, mas os papéis ainda estão confusos, entende? E vamos supor: Ah, ela só fica 20h, não dá para pôr na agenda dela, visita. E a gestão municipal fala: ‘Não dá para ter visita e reunião na agenda dela senão ela vai ficar com pouca hora de atendimento.’ Tá, então, não é Saúde da Família, como que ela vai fazer visita na hora da reunião se a equipe está reunida? Ela vai sozinha? Aí já não é preconizado ir sozinho, [...] fica confuso. A gente acaba esbarrando nessas questões. [...]” E11

“A gente prioriza o que realmente precisa (de visita domiciliar do médico). O tempo que leva para fazer uma visita, ele atende três pacientes aqui. Então, a gente desmarca, às vezes, até a vaga da visita para priorizar os atendimentos que a demanda é maior para o atendimento na unidade. Então assim, se não tem tanta necessidade, se a pessoa consegue vir, a gente prefere pedir para ela vir por conta disso, para a gente conseguir atender o maior número de pessoas (na USF). Mas tem casos, claro, a gente acompanha.” E14

Esses aspectos apontam uma grande contradição no processo de trabalho na SF, independentemente da perspectiva de SF adotada. A partir do princípio da responsabilização dos governos como ponte entre os valores e os elementos da APS (OPAS, 2007), designado na

Introdução da investigação, entende-se que os trabalhadores e as equipes de SF também são responsáveis pelo usuário, sua família e comunidade no território adscrito. Responsabilidade sanitária em produzir cuidados que devem levar em conta os dispositivos que permitem identificar necessidades de saúde o que, de acordo com as falas anteriores, não tem acontecido em algumas USFs, possivelmente por falta de compreensão do processo ou de aceitação dessa lógica pelos trabalhadores.

Assim como a visita domiciliar, a reunião de equipe também é uma ferramenta que possibilita o planejamento de ações, favorece a comunicação e a integração entre as pessoas (DUARTE; BOECK, 2015). Entretanto, segundo algumas das entrevistadas, ela parece sofrer influência, inclusive, da dinâmica biomédica e da forma de organização do trabalho na perspectiva da USF parametrizada que afasta os médicos das discussões de casos e encontro com os membros da equipe, estratégia que pode permitir a construção de projetos e cuidados da equipe para os usuários e suas famílias.

A construção de projetos e cuidados pode acontecer por meio do Projeto Terapêutico Singular que, ao ser oferecido pela SF, pode valorizar o modo de ser, pensar e agir do usuário e sua família, tornando-os sujeitos do cuidado, sendo uma pista para a elaboração e efetivação de cuidados diferenciados. No entanto, a implementação desse projeto pode esbarrar na rotina de atendimento de consultas agendadas e espontâneas das USFs e na falta de vínculo entre usuários e equipe (SILVA et al., 2016).

E23 afirma que também é difícil reunir os auxiliares de enfermagem e que a reunião de sua equipe está limitada a ela e aos ACSs.

“O pediatra ainda vai (nas reuniões), mas ele não interfere muito nas decisões que a gente toma como enfermeira. Ele não dá a opinião dele. Às vezes, quando é criança e adolescente, ele ainda interfere, mas o resto, não. E a doutora X, que é a clínica, às vezes ela não participa. Ela não consegue participar. Apesar da agenda dela ser feita para isso, ela não tem paciente agendado às 14h30min, mas às vezes às 14h30min ela está atendendo paciente do meio dia, porque gerou outras demandas. Chega paciente com curativo infectado, a gente tem que chamar ela. Paciente está com febre, com erisipela bolhosa, ela tem que atender. Então, às vezes ela gasta esse tempo da reunião, não é que ela fica sem fazer nada, sem atividade, ela está sempre fazendo alguma coisa e é por isso que ela não participa da reunião. [...]” E3

“Era para toda a equipe comparecer (na reunião de equipe), mas não comparece [...]. Comparece a enfermeira, os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários. A minha pediatra, às vezes vai e às vezes não vai; a minha GO sempre vai, que é aquela que eu te falei que era médica da Saúde da Família da minha equipe, antes de ser (parametrizado). E o meu clínico nunca vai, porque de terça à tarde ele não vem trabalhar e a reunião de equipe é de terça à tarde, então, ele nunca participou, a odonto não participa, então é assim.” E13

“A interação desses profissionais (médicos especialistas) à equipe é difícil, porque eles são de modelos (de UBS) tradicionais, então, não estão acostumados a sentar numa roda e discutir. Às vezes vira um elo. O clínico está com um problema que vira GO, que vira pediatria. Pode ser o oposto: pediatra está com um problema que é um adolescente, vira clínico. Então, essa interação da equipe é um dificultador.” E32

“A gente conseguir se reunir com os auxiliares tem um mês que a gente está tentando fazer uma conversa com eles e não consegue parar o trabalho para sentar com as auxiliares. Faço reunião de equipe: sou eu, os agentes comunitários, quando muito o médico consegue vir na reunião de equipe. Está fechada a agenda dele, mas às vezes ele está atendendo porque chega urgência e ele tem que atender. Então, é uma demanda grande que atrapalha um pouco essa questão do funcionamento da Saúde da Família como deveria ser. [...]” E23

Importante dizer que em uma das USFs nas quais foi realizada a observação do trabalho durante uma semana típica, nenhuma reunião de equipe aconteceu e nas outras duas USFs, a reunião foi realizada conforme espaço determinado na agenda, com os trabalhadores que estavam disponíveis.

O conjunto dos resultados permite afirmar que a dinâmica de trabalho na USF parametrizada ainda reproduz as propriedades da lógica biomédica de atenção que reduz os usuários as suas queixas/problemas direcionando-os às especialidades médicas das USFs. Entretanto, essa configuração de equipe em algumas USFs pode ser considerada uma pista se for tomada como uma estratégia para aumentar a resolução das demandas/problemas/necessidades dos usuários em um sistema de saúde com dificuldades para expandir a SF em seu formato e perspectivas originais. Porém, na lógica da SF parametrizada, os dispositivos característicos da SF tradicional que estreitam laços com a população e estabelecem ações de responsabilidade sanitária no território adscrito parecem estar sufocados pelos elementos constituintes das práticas biomédicas.

5.2.3 A USF tradicional

As enfermeiras relataram algumas das diretrizes e princípios da AB que regem o trabalho na SF. Esses aspectos não foram diferenciados ou separados segundo a organização da SF em USF tradicionais ou USF parametrizadas uma vez que orientam tanto uma quanto a outra perspectiva na implementação de mudança de práticas de saúde biomédicas (BRASIL, 2012, 2017). As características do trabalho trazidas pelas enfermeiras estão relacionadas à composição das equipes, às demandas dos usuários, às atividades realizadas nas USFs, aos instrumentos utilizados e às dificuldades no cotidiano do trabalho.

O perfil dos trabalhadores também foi destacado e mesmo não sendo um aspecto que norteia o presente estudo, aparece como um fator que pode interferir na produção dos cuidados. Percebe-se também que na lógica da SF tradicional, os seus dispositivos de trabalho são influenciados, todavia, pelo modelo médico-centrado, provocando uma disputa entre os diferentes projetos político-assistenciais no desenvolvimento dos processos de trabalho.

5.2.3.1 O perfil dos trabalhadores na SF

Teixeira e Mishima (2000), ao discutirem o trabalho da enfermeira na SF, elaboraram um perfil de enfermeiras após entrevistarem trabalhadores das equipes de SF em três municípios da região de Ribeirão Preto-SP. As características pessoais e profissionais designadas como essenciais para o trabalho de enfermeiras na SF identificadas no estudo podem ser atribuídas também aos demais profissionais pois, tomando o conceito de campo de competência e responsabilidade trabalhado por Gastão Wagner de Souza Campos, esse é um campo de atuação comum à equipe de saúde (CAMPOS; CHAKOUR; SANTOS, 1997; CAMPOS, 2000).

A determinação desse perfil leva em conta uma visão ampliada do processo saúde-doença e de seus complexos e diversos determinantes na direção de uma assistência mais humana e integral. O perfil envolve as seguintes habilidades: ser comunicativo, carinhoso, amoroso, solidário e sociável, conhecer e ter bom relacionamento com a população estimulando sua autonomia e emancipação social, gostar do trabalho e de atividades em grupo, ter dedicação, envolvimento e disponibilidade (TEIXEIRA; MISHIMA, 2000).

Muitas das enfermeiras entrevistadas abordaram o tema e, por isso a relevância de compartilhar algumas percepções que refletem a realidade no trabalho das equipes.

E11 aponta que nem todos os profissionais selecionados têm perfil e conhecimento necessários, o que dificulta o trânsito de alguns aspectos do trabalho da SF nas equipes. Ao explicitar “[...] isso é da gestão e que precisa melhorar [...]”, entende-se que E11 trata, indiretamente, da devida seleção e qualificação dos trabalhadores para a SF por meio de processos de educação permanente e/ou continuada.

“Eu percebo que nem todo mundo é selecionado e tem perfil; isso é muito complicado, porque a pessoa não trabalhar no lugar que ela não tem afinidade, ela já não trabalha bem. Saúde da Família é uma coisa muito nova e específica. [...]. É um programa muito jovem, é uma ideia muito jovem, nem todo mundo se apropriou, então, tanto tem a dificuldade dos usuários [...] que não entendem, que não conhecem, que não têm paciência de esperar, que não aderem ao modelo, como eu percebo que tem muitos funcionários, profissionais da saúde [...] do posto que não entenderam ainda a lógica, não tem afinidade com a lógica e emperra um pouco o processo. Não vejo por maldade, vejo por falta de

perfil ou desconhecimento [...]. Às vezes, é muito difícil você trabalhar com uma coisa que você não gosta, que você não entende. Mas eu vejo muito que no Brasil, Ribeirão Preto, no distrito X, as pessoas trabalham porque elas precisam. Então, como elas vão abrir mão de uma coisa que dá acesso para elas ao mínimo de condição de vida só por que elas não têm perfil? Então, eu acho que isso é da gestão e que precisa melhorar, e que é péssimo para quem trabalha e quem tem perfil, e para quem não tem perfil, porque a gente acaba, no dia a dia, não conseguindo transitar como deveria pelas questões, entendeu?” E11

Essa atribuição da gestão é importante para promover corresponsabilidade e maior resolução de demandas de saúde (COSTA, S. et al., 2013), bem como a mudança de perfil dos trabalhadores (ESMERALDO et al., 2017). E13 sinaliza que há trabalhadores, desde auxiliares de limpeza até os médicos, engessados em horários e normas que desconsideram as vulnerabilidades sociais como determinantes de certos comportamentos dos usuários.

“Eu acho que [...] os trabalhadores que trabalham com essa estratégia têm que ter um certo perfil, porque, senão, não vira. E aqui, nós temos dentro de todo quadro de profissionais, aquelas pessoas que a gente percebe que, realmente, tem a questão da corresponsabilidade com o cliente, esse envolvimento, se colocar no lugar do outro e tem pessoa que engessa, engessado. Nossa, Saúde da Família, você quer trabalhar engessado, com regras rígidas, não dá certo: ‘Ah, agora não dá, Fulana, já deu 08h15min, não dá para acolher mais.’ Às vezes, a pessoa é vulnerável, entendeu? Então, tem algumas coisas engessadas. A recepção também, coisas muito engessadas, de regras, mas faz, coloca o cartão SUS para mim, pode colocar, eu sei que pode fazer o cartão SUS ali na hora e às vezes não faz. Cria uma dificuldade onde não precisa ter uma dificuldade para a gente poder fazer uma ação, sabe coisas assim? E eu acho que isso é desde a limpeza até o médico. [...]” E13

E29 declara que a dobra de carga horária e consequente aumento de salário é, muitas vezes, fator decisivo na escolha pela SF e E10 sustenta que o envolvimento da equipe com as questões sociais pode minimizar o sofrimento do usuário.

“Quando foi aberto para Saúde da Família, foi aberto, por exemplo, para os auxiliares de enfermagem, para os enfermeiros. É aberto um comunicado, quem quiser fazer parte... e essas pessoas vêm por causa do dinheiro. Então, eu tenho 20h, se eu fizer 40h vai melhorar, então, eu vou pôr aquela... ou então, eu estou para aposentar, então, se eu conseguir levar por cinco anos essa melhora do meu salário eu vou levar para a aposentadoria. Então, a gente vê que são funcionários antigos que já estão para aposentar e que acabaram caindo na Saúde da Família por essa questão [...] de melhora de salário. E nem sabe o que isso (a Saúde da Família) quer dizer, não têm nenhum comprometimento. Então, aí eu acho que tem muito disso, é isso o que eu acho que desmotiva essas pessoas. Tipo: Já estou lá, já vi tanta coisa, tem 30 anos que eu estou, coitada de você que está começando agora, sabe? Ah, pode tentar, mas não vai dar certo” E29

“E aqui tem família que você pega e fala: ‘Meu Deus, quanta tragédia.’ Essa que eu te falei de 42 anos, é só tragédia a vida daquela moça. Eu estou fazendo o enxoval dela, ela não tem nada. Aí a gente vai e vira assistente social. Não tem jeito de não virar, sabe? Porque você vai tentando minimizar a situação. Mas é isso. Eu acho que tem que ter perfil. Saúde da Família tem que ter perfil e eu, particularmente, não achava que tinha. [...] E

agora eu vejo que eu tenho, porque tem gente que não tem mesmo. Tem gente aqui dentro que não tem, os médicos principalmente.” E10

Na contramão da falta de perfil necessário para o trabalho na SF apontado pelas enfermeiras, constata-se que em uma das observações da USF 3, no encontro de uma das enfermeiras da USF com uma usuária e seu filho, a Enfermeira 1 se sensibiliza com os antecedentes de problemas respiratórios da criança que vem para atendimento eventual, o que indica uma pista para um atendimento diferenciado.

A Enfermeira 1 verifica na ficha, preenchida pelos funcionários do acolhimento, que os sinais vitais da criança estão normais, apesar da coriza e observa no sistema que ela já recebeu atendimento médico de urgência, recentemente, em outro serviço de saúde pela mesma condição que a trouxe à USF. No atendimento, Enfermeira 1 considera os antecedentes respiratórios como preponderantes para o atendimento médico e logo passa o caso para a médica que concorda em atender a criança.

Início da OBS da USF 3: 12h15min

Usuária, uniformizada, que segura uma criança no colo (que apresenta coriza nasal), aparece na porta do consultório onde Enfermeira 1 está falando no telefone fixo.

Enfermeira 1 percebe a usuária e diz: *“Oi, você quer falar comigo?”*

Usuária diz: *“Quero.”*

Enfermeira 1: *“Aguarda um minuto.”*

Enfermeira 1 encerra o assunto pelo telefone e chama a usuária.

Usuária entra no consultório, deixa a porta aberta, apoia a criança em cima da mesa junto ao computador e diz: *“Eu sou a moça do alergista, lembra? Eu liguei ontem.”*

Enfermeira 1 *“Lembro.”*

Usuária: *“Então, me ligaram da creche dele, dizendo pra eu buscar ele porque ele tava todo entupido.”* (E faz um sinal envolvendo todo o rosto da criança). *“Mas eu já fui várias vezes na emergência e mandaram eu vir pra cá. Eles falam que lá eles só apagam incêndio.”*

Enfermeira 1 diz: *“Tá, vamos ver os sinais vitais enquanto eu vejo a agenda.”* (E encaminha criança para a sala de acolhimento).

Enfermeira 1 acessa a agenda e diz para a observadora: *“Tem consulta até às treze e vinte, pois das quatorze às quinze, tem grupo de gestante com a doutora X. Das quinze às dezesseis não tem ninguém marcado e a agenda tá bloqueada pelo gerente.”*

Depois de alguns minutos, funcionária do acolhimento entra no consultório e entrega o instrumento de acolhimento da demanda espontânea da criança para Enfermeira 1.

Enfermeira 1 verifica no sistema por onde a criança passou em emergência e diz para a observadora: *“Ela já passou três vezes na unidade X, no mês passado, com bronquiolite.”*

Enfermeira 1 observa o instrumento, que mostra normalidade dos sinais vitais, e diz: *“Vou conversar com a médica.”*

Depois de alguns instantes, Enfermeira 1 avisa a mãe da criança que a médica da equipe atenderá seu filho, mas precisa aguardar.

Término da OBS da USF 3: 12h30min

Nessa observação, depreende-se que a Enfermeira 1 teve uma atitude que vai ao encontro do perfil necessário para o trabalho na SF, ao considerar os antecedentes pessoais da criança para

o atendimento médico, não tomando como base somente os sinais vitais momentâneos, aproveitando, portanto, a brecha no encontro para oferecer o cuidado. Entende-se que, se somente os sinais vitais fossem considerados como moeda para receber atendimento médico, a criança poderia ter sido dispensada pela Enfermeira 1 e orientada a agendar consulta conforme a disponibilidade médica.

As enfermeiras pontuam ser relevante ter um certo perfil para se trabalhar na SF. Ao mesmo tempo, criticam a forma como os trabalhadores chegam às USFs. Esses aspectos parecem ter relação direta com a atuação da gestão que pode desenvolver a concepção de responsabilidade sanitária por um território nos trabalhadores, um dos princípios da APS proposta pela OPAS (2007) e OMS (2008).

Esse perfil necessário para o trabalho na SF remete ao estudo de Almeida e Mishima (2001) que, ao debaterem sobre os desafios do trabalho em equipe na SF com outros autores, afirmam que somente um perfil mínimo de atuação não é suficiente para o desenvolvimento de um trabalho compartilhado, humanizado com responsabilização e vínculo tal como preconiza as PNABs.

As autoras esclarecem que a produção de cuidado vai além da definição de um determinado perfil, pois essa produção não é feita de maneira isolada para um só usuário. Nesse sentido, a integração de distintos saberes deve considerar o contexto de vida e as relações sociais do usuário para que seja possível construir um projeto em comum, características de uma das modalidades do trabalho em equipe⁵⁰ (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

Porém, todo esse movimento de produção de cuidados na SF que perpassa pelo perfil profissional exige um processo de formação e capacitação flexível, dinâmico e permanente de toda a equipe para a (re)construção coletiva de cuidados voltados às reais necessidades de saúde dos usuários, de sua família e da comunidade inseridas em um determinado contexto social, sendo um dos grandes desafios para a SF (ALMEIDA; MISHIMA, 2001; BRASIL, 2017).

5.2.3.2 As diretrizes e os princípios da AB

As enfermeiras destacaram a longitudinalidade que, segundo Starfield (2002), promove o atendimento do usuário e de sua família em diferentes fases da vida ao longo do tempo por meio de uma relação duradoura (geralmente superior a um ano) que permite à equipe de saúde acumular

⁵⁰ As modalidades do trabalho em equipe serão tratadas em 5.3 O trabalho em equipe: do agrupamento de trabalhadores à articulação e complementariedade do trabalho na página 162.

conhecimento sobre os antecedentes pessoais, familiares e sociais que interferem no processo saúde-saúde, na direção de respostas mais eficazes para as demandas trazidas.

“Eu falo que o paciente na Atenção Básica, ele é seu. Por mais que ele vá para qualquer lugar, ele volta para você, ele é seu filho e você vai ter que dar conta dele. Não adianta falar: ‘Ah, o Fulano sofreu um acidente, está lá no HC.’ Ou então, ele tem uma patologia que ele está seguindo no secundário, no terciário, mas ele é seu. Ele tem... você tem um problema ali social, você tem que olhar [...]. Então assim, ele é seu, você tem que cuidar do paciente.” E10

“Eu acho que a Saúde da Família, para quem olha de fora, às vezes, parece algo pouco dinâmico, mas na verdade, é algo muito dinâmico, com complexidades muito diferentes [...] porque a gente [...] não dá alta para o paciente, diferente de qualquer setor, eu não dou alta para ninguém. Então, se o que a gente fizer hoje não der certo, ele vai voltar amanhã, depois de amanhã e vai voltar sempre, porque é a porta de entrada que ele tem. [...]” E18

“Eu já precisei do Conselho (Tutelar)... hoje ela tem 16 anos, com 13 anos ela ficou grávida de trigêmeos, não deu conta. Ai chamei o Conselho Tutelar, hoje ela está com as crianças. Mas, assim, está tudo bem; tem que estar sempre em cima dando medicação para ela, ver se as crianças estão na creche, se estão desenvolvendo bem.” E7

Nessa direção, E17 relaciona, indiretamente, o contexto social dos usuários à longitudinalidade e Martins et al. (2016) confirmam que essa diretriz é favorecida pela organização da lógica de trabalho da SF, especialmente pela possibilidade de apropriação das características do território pela equipe.

“Eu acho que a Saúde da Família tem um olhar na família, ela traz o contexto social para dentro da unidade. A gente consegue ter o olhar de como é a casa do paciente, qual a necessidade dele. Se eu vou, por exemplo, fazer uma conduta: Olha, você precisa fazer isso e curativo. Você precisa dessa pomada, eu não tenho, então, você vai comprar, tudo bem? O médico prescreve alguma coisa que ele tem que comprar. Em uma unidade normal eu não sei se esse paciente [...] pode ou não comprar. Em uma USF, eu tenho certeza do que ele pode ou não, eu sei qual o contexto dele, eu sei com quem ele mora, qual é o ganho dele, qual a situação dessa casa. Se eu vou orientar uma higiene: ‘Olha, você precisa tomar banho assim e assim, você precisa fazer isso e isso.’ [...]. Você vai preparar um medicamento em pó com uma água, se eu sou da Saúde da Família eu sei que naquela casa não tem água filtrada, às vezes é até ligação clandestina. Então, eu preciso orientar que ela precisa ferver essa água. São cuidados que em uma unidade básica não teria esse acesso, eu não teria essa visão. [...]” E17

A longitudinalidade do cuidado pressupõe a construção de vínculo que se caracteriza por uma relação interpessoal forte e sólida caracterizada por cooperação mútua dos envolvidos para um determinado fim (STARFIELD, 2002). Embora algumas enfermeiras tenham mencionado que, na perspectiva da SF parametrizada, haja fragilidade nessa relação, o vínculo foi bastante citado pelas enfermeiras que atrelam o vínculo dos usuários com os trabalhadores ao tempo de serviço destes e/ou aos cuidados por eles dispensados anteriormente, o que pode demonstrar a longitudinalidade dos cuidados sendo efetivada pela equipe.

“Alguns, sim (buscam alguém da equipe para resolver seus problemas). Alguns têm esse vínculo com aquela pessoa. Por exemplo: tem muitos com a doutora X que é a clínica daqui. Ela está aqui há muitos anos. [...]. Então, muitos pacientes vêm e querem falar com a doutora X que é ela que vai resolver, então, quer escutar dela. Eu posso falar a mesma coisa, mas eles querem escutar da doutora X. Então, tem isso. E tem algumas pessoas que vêm procurar a enfermeira Y e a Z porque já tem esse vínculo, né? Agora, as enfermeiras que estão aqui são todas quase novas. Eram todas enfermeiras antigas, então, eles tinham muito mais vínculo com as anteriores. Muita gente ainda vem procurar as outras. A enfermeira W ficou aqui mais de 20 anos, que é quem eu estou no lugar. Então, eles vêm procurar ela ainda.” E2

“Eu trabalhei muito tempo na área X que é a comunidade. Eu sempre fiz muita visita lá, a gente fazia grupo. [...]. Então, atualmente, eu sou a enfermeira mais velha que tem aqui, porque umas foram aposentando, as outras são mais novas. Então assim, muita gente vem aqui falar comigo. [...] (A área X) tem uma outra enfermeira, aí eu falo: ‘Olha, agora não é mais comigo.’ Então assim, eu sou um ponto de referência, porque eu estou aqui há mais tempo. Então, às vezes, a pessoa vem, não só de lá, da minha área mesmo: ‘Ah, preciso disso e tal, o que você acha? Você acha que passa no médico?’ Alguma outra queixa. Então assim, a gente tem essa procura do enfermeiro, tem do auxiliar também, tem alguns auxiliares aqui que têm uma liderança, tem um agente comunitário.” E7

“Depende, cada paciente acaba tendo vínculo com determinado profissional. Por exemplo, [...] tem algumas pessoas que estão aqui há muito tempo, então, alguns pacientes que frequentam há muito tempo a unidade, às vezes acabam tendo mais vínculo com esses profissionais [...]. Mas eu já tenho alguns pacientes que já criaram vínculo comigo, acabam me procurando; tem a doutora X que faz uns três anos que está aqui, que também os pacientes vêm e procuram ela. Então, depende do paciente, qual a relação que a gente tem de cuidado. Tem pacientes que eu faço o curativo frequentemente no domicílio, então, eu acabo criando mais vínculo do que as pessoas que ficam aqui na unidade que não estão fazendo essas visitas, paciente acamado, por exemplo. Então, depende. Não existe profissional específico que eles procuram sempre de referência.” E20

“A gente tem isso, com várias pessoinhas que o vínculo é mais intenso. Eu observo muito que algumas pessoas que às vezes passam por uma situação pontual, um pouco pegante e que você ajuda a pessoa, a partir daquele momento, você vai ser a referência, não tenho dúvidas disso. Isso acontece muito. Mesmo as gestantes, vão fazendo pré-natal e tudo mais. E como em Ribeirão a primeira consulta de pré-natal é com a enfermeira, [...] cria-se um vínculo bem interessante, muito bom. Então, você acaba sendo uma referência.” E13

Outro aspecto que aparece reiteradamente na fala das enfermeiras refere-se à resolução das demandas de saúde e, portanto, à resolutividade das ações⁵¹.

⁵¹ Autores como Turrini, Lebrão e Cesar (2008) definem resolutividade como uma forma de avaliar os serviços de saúde a partir dos resultados obtidos do atendimento ao usuário. A resolutividade depende de quem avalia e do que se avalia (aspectos relativos à demanda, à satisfação do usuário, às tecnologias, ao sistema de referência, à acessibilidade, à formação dos recursos humanos, às necessidades de saúde, à adesão ao tratamento e aos determinantes sociais). Esses autores associaram a resolutividade à avaliação de serviços de saúde e Costa et al. (2014) implicaram a resolubilidade à resolução das demandas de saúde. Portanto, o significado de resolutividade difere do de resolubilidade. Entretanto, a resolutividade é considerada pela PNAB de 2017, uma diretriz da AB, e está relacionada à capacidade de identificar e intervir nos riscos para solucionar problemas trazidos pelos usuários (BRASIL, 2017). Os autores e o documento legislativo indicam que parece haver uma divergência quanto ao uso dos significados de resolutividade e resolubilidade. Os termos ora são usados como sinônimos, ora como termos com significados diferentes. A PNAB mais recente e a maior parte dos estudos selecionados para a revisão bibliográfica utilizam a resolutividade como sinônimo de resolubilidade, no sentido de resolver os problemas individuais e coletivos pela AB, razão pela qual será seguida essa linha pensamento e utilizado o termo resolutividade.

Na revisão de literatura, a resolutividade é abordada, indiretamente, pelo estudo de Coelho et al. (2012) que investigaram condições de trabalho em USF e deficiências da rede de atenção que interferem na resolutividade da AB. Os autores constataram que diversos aspectos da organização do serviço e do processo de trabalho dos profissionais influenciam a eficácia das ações e a resolução das demandas dos usuários.

Já Nordi e Aciole (2017) verificaram que a resolutividade da SF aumenta com o apoio matricial às equipes mínimas, sendo que esse apoio diminui o número de encaminhamentos de usuários a outros níveis do sistema de saúde e Costa et al. (2014), por sua vez, atrelaram a resolubilidade (ou resolutividade) da SF ao trabalho multiprofissional.

E8 e E13 trazem exemplos da capacidade de intervenção da SF sobre os riscos individuais e sociais para resolver as demandas de saúde dos usuários, considerando o acompanhamento, o estabelecimento do vínculo e a realização de atividades pela equipe que ajudam nesse processo de produção de cuidados como, por exemplo, a visita domiciliar.

“E eu acredito que aqui mais de 80% dos casos são efetivamente tratados e concluídos positivamente, sem precisar de realocar essa pessoa para um distrito ou para um hospital [...]. Então, quando você tem que passar para o secundário, terciário, não tem jeito, mas dando para concluir aqui... Por exemplo, a última coisa que a gente teve agora e que eu achei bacana, um curso que o doutor foi de ginecologia, ele disse que a gente tem que ter medicações para pré-eclâmpsia e eclâmpsia e a gente não tem. Eu fiz um pedido para farmácia que vai providenciar [...]. Mas já é uma grande coisa, não precisa encaminhar, você pode tratar a pessoa aqui e já tirar ela do risco, olha que coisa, né? E eu acho que é isso, a gente tem condição de fazer um bom trabalho. Eu acho que o Saúde da Família tem essa coisa boa.” E8

“Desse mocinho, chegou muito debilitado. Inclusive eu acho que no mesmo dia ele foi para a UPA [...] e chegou a ser internado também [...]. E você vê, vai ter alta da doutora X do tratamento de TB, que [...] a medicação (foi) supervisionada, vinha o auxiliar algumas vezes na semana dar. Mas, mesmo assim no começo, a gente fez umas três ou quatro visitas [...] para checar se estava tudo correndo bem. A gente sabe, no primeiro mês a pessoa não está bem. Às vezes, no segundo mês ela já se sente muito bem, tem uma tendência a não usar o remédio adequadamente. Então, a gente fez várias visitas para o Fulano até a gente perceber [...] que ele estava bem informado, bem consciente da importância de fazer o tratamento os seis meses consecutivos. E ele fazia uso de álcool, ele não usou álcool nesse período. A família dele usa, são usuários de álcool [...] não é fácil, né? Não deve ter sido fácil, mas eu acho que foi um sucesso. A gente vê que um caso de TB que começou e finalizou o tratamento em seis meses, né?” E13

As falas vão na direção apontada pelos estudos sobre a intervenção da AB, que deve resolver 80% dos problemas de saúde trazidos pela população. Essa premissa tem origem na análise das características particulares e comuns de cada população que orienta o modo de organizar as ações e os serviços de saúde, bem como a formação profissional. Entre os problemas de saúde mais prevalentes, alguns são de grande complexidade (requerem intervenção social com

integração de distintos saberes e setores) e outros exigem alta densidade tecnológica (TAKEDA, 2006).

Nesse sentido, E10 e E27 declaram que a resolução das demandas pela SF exige envolvimento dos trabalhadores de diferentes setores, junto às condições sociais adversas vivenciadas pelos usuários, indicando mais uma vez, não apenas o compromisso profissional, mas a responsabilidade sanitária da equipe de SF sobre o território adscrito.

“E eu falo muito, eu me sensibilizo, porque tem gente que não está nem aí, né? ‘Ah, isso não é comigo...’. Tem muita gente assim, inclusive na Saúde da Família e não é por aí, você tem que resolver, ser resolutivo. A gente não tem que resolver 80% dos problemas? Então, [...] tem que trabalhar a prevenção e promoção. Tem que fazer grupo, tem que buscar, tem que chamar, tem que ir na escola, em associação de bairro, na creche, tem que se envolver. Não é vir aqui, cumprir uma agendinha e só: ‘Eu estou fazendo bem.’ Você tem que fazer, você tem que ter um diagnóstico do seu território, o que você vai fazer. [...]. Você vê, nos grupos de quarteirões a gente não fala de droga, por quê? Senão, a gente vai ser espancado na rua, ser morto. E são vários pontos. A gente até comenta muito isso: ‘Cuidado com o que fala.’ A gente fala de apoio, família, trazer para perto. O doutor X [...] fala: ‘Se você não acolher o seu filho, alguém vai acolher ele [...]’. Mas se a gente tem muito diabético e hipertenso, a gente tem que fazer alguma coisa para devolver para essa população. Então, simplesmente trabalhar no Saúde da Família: ‘Ah, eu vou fazer puericultura, eu vou fazer pré-natal.’ Não, você tem que ter outra visão, você tem que se envolver mesmo nos problemas sociais, não tem jeito.” E10

“A gente tem vários problemas da área e a gente tem que ajudar a resolver. [...]. É questão das fossas, do saneamento básico, a questão da água. [...]. Nós estamos em cima do aquífero Guarani. Esse processo da fossa, desse grupo X é importante. O que é difícil aqui também é a locomoção. Tudo muito distante [...], tem que ter uma condução para ir. [...]. As pessoas estão fazendo a luta também, através da associação, de um transporte aqui dentro, porque não tem. [...]. Então, se você vai fazer alguma articulação, o que a gente faz? A gente chama o setor da educação, os líderes para eles serem multiplicadores para a gente. [...]. A gente faz a saúde e acaba vendo outros pontos que também melhoram a qualidade de vida dessas pessoas. Então, foge um pouco da enfermagem [...].” E27

Segundo Starfield (2002), a AB deve ser capaz de identificar, avaliar e resolver problemas no sistema de referência e contrarreferência para que seja, efetivamente, a coordenadora do cuidado na rede de atenção. Moraes, Campos e Brandão (2014) indicam que a coordenação da atenção é um grande desafio para as equipes da AB, especialmente porque ainda não há políticas de saúde que agilizem o processo de ir e vir dos usuários mediante determinados diagnósticos e/ou exames preventivos e de controle de doenças.

E19 exemplifica a coordenação do cuidado pela SF ao detectar o atraso na realização de uma mamografia de uma usuária.

“Essa última paciente que eu atendi, foi pedida mamografia há um ano, eu falei: ‘Cadê sua mamografia?’ ‘Então, não veio.’ ‘Eu acho que eles não mandaram, mas o médico falou que mandou.’ E eu vi que ela passou, de fato, com o médico aqui em março. Eu não sei o que aconteceu, mas, o exame está pedido e não está enviado. Então assim, há um ano

pediram mamografia e não mandaram esse pedido de mamografia. É nossa responsabilidade também ver isso, como é que ele está em outro nível de atenção [...]. Então, eu vejo [...] essa questão de você extrapolar o indivíduo, ir para a família, ver como ele está em sociedade, a questão de que posição ele ocupa em relação a trabalho, em relação a educação.” E19

Em uma das observações da USF 3, constata-se que, por solicitação de uma gestante que não faz o pré-natal na USF devido a comorbidades (diabetes, hipertensão e hanseníase), a Enfermeira 1 se mobiliza e aciona, pelo telefone, a Secretaria Municipal de Saúde para localizar o processo documental referente ao planejamento familiar da gestante que deseja laquear as tubas uterinas na ocasião do parto. Denota-se dessa observação que a Enfermeira 1 se responsabiliza pelo processo documental, buscando-o em outro local, para que a usuária consiga ter uma de suas necessidades atendidas.

Início da OBS da USF 3: 11h20min

Enfermeira 1 vai à recepção e chama a gestante pelo nome.

Gestante, acompanhada de uma criança, segue a Enfermeira 1 pelo corredor, as três entram no consultório, se sentam nas cadeiras e a porta fica aberta.

Gestante diz: *“Eu vim ver se tem como eu pegar a documentação da laqueadura e levar pro Hospital X.”* (Referência para pré-natal de risco).

Enfermeira 1 diz: *“Deixa eu confirmar pra ver se está aqui ou na Secretaria. E você está bem?”*

Gestante responde: *“Eu tive uma reação da hanseníase.”*

Enfermeira 1 verifica o sistema e diz à gestante: *“Tá lá, Fulana. Vou pedir pra devolver pra cá. Eu te ligo quando chegar.”*

Enfermeira 1 pergunta: *“Pra quando é?”*

Gestante: *“Pra primeira semana de junho.”*

Enfermeira 1: *“Você tá indo no hospital X quando?”*

Gestante: *“Semana sim, semana não. Quer anotar meu número?”*

Enfermeira 1 anota em um papel e diz: *“Pode ser que só um relatório sirva pra eles lá. E a pressão, como está? Tá alterando? E a glicemia?”*

Gestante: *“Ela deu uma alterada, mas normalizou. A glicemia é que tá difícil, por causa da medicação da hanseníase.”*

Gestante pergunta: *“Tá tendo cursinho de gestante?”*

Enfermeira 1: *“Tá. Hoje tem. A ACS Fulana tentou te avisar, mas ela disse que não te achou em casa.”*

Gestante: *“Eu vou ver se eu venho, então.”*

As três se levantam, saem da sala, Enfermeira 1 entra no consultório da médica e pega o cronograma do curso de gestantes e entrega para a gestante.

Gestante agradece e vai embora da unidade levando a criança.

Enfermeira 1 volta ao consultório e liga para a Secretaria Municipal de Saúde: *“Alô, Fulana? É a Beltrana da unidade X. Tudo bem?”* (E pergunta pelo processo de planejamento familiar da gestante hipertensa, diabética e com hanseníase que faz pré-natal no hospital X).

Enfermeira 1 recebe orientações da pessoa do outro lado da linha.

Enfermeira 1 diz: *“Ok, Fulana, o que manda pro hospital X? Eu vou preencher esse papel e mandar logo pra ela laquear no parto. Obrigada, tchau.”*

Término da OBS da USF 3: 11h40min

Importante ressaltar que a AB, por meio da SF, assume a coordenação do cuidado no sistema de saúde, sob a perspectiva do trabalho em redes de atenção proposta por Mendes (2011). Essa coordenação não exime a responsabilidade dos outros serviços da rede para com o usuário nem tampouco torna a AB mais importante que os demais estabelecimentos de saúde (MENDES, 2011).

Isso porque, com as redes de atenção à saúde, os serviços de saúde não obedecessem mais a uma organização hierarquizada e verticalizada que classifica os locais de assistência como mais ou menos densos (sob o ponto de vista das tecnologias duras). Atualmente, esses locais estão distribuídos (horizontalmente) em pontos de atenção que apresentam densidades tecnológicas mais ou menos complexas interligadas entre si por meio da referência e contrarreferência (MENDES, 2011).

O cuidado centrado na pessoa surgiu, explicitamente, na fala de E8, porém ainda de forma tímida quando comparada às demais falas sobre as diretrizes da AB. A PNAB de 2017 define essa diretriz como o desenvolvimento de ações singulares conforme as necessidades dos usuários para lhes auxiliar a criar conhecimentos, habilidades e confiança para administrar e decidir sobre sua própria saúde e vida (BRASIL, 2017).

“Eu sempre acredito que o nosso trabalho é para o outro. Pode estar confortável para mim, mas se não está para o outro que eu atendo, tem alguma coisa errada. [...] Tem que ser com foco no usuário. Qualquer tipo de mudança, de coisa [...] E eu vejo dificuldade nisso. Não aqui, eu acho que às vezes teve aqui, mas em outros locais que eu trabalhei, às vezes ela (a organização do trabalho) é mais centrada no bem-estar do servidor e esse servidor nem sempre é Enfermagem. [...] É uma agenda para fazer, é para o usuário. Vai fazer um evento, tem que fazer um grupo, mas a equipe fala: ‘Que grupo é esse, mas o que o usuário quer?’ Porque não adianta você fazer um grupo focado no servidor, o que ele quer. ‘Não, mas o que o usuário precisa?’ Então, eu acho que assim, todo movimento tem que levar ao usuário.” E8

Na direção da fala de E8, o estudo de Souza et al. (2014) verificou que a oferta de ações e serviços em uma USF ainda não considera, em sua totalidade, as necessidades de saúde dos usuários, sendo organizada conforme os determinantes estruturais e organizacionais do sistema de saúde. Portanto, a oferta não coloca o usuário no centro do processo de trabalho, se distanciando da diretriz do cuidado centrado na pessoa.

As diretrizes e os princípios trazidos pelas enfermeiras revelam pistas no trabalho para um atendimento que vá em direção às necessidades dos usuários, apesar das dificuldades ainda impostas pela perspectiva biomédica. O reconhecimento da importância do cuidado centrado na pessoa, da coordenação do cuidado na rede de atenção, da resolução da maioria dos problemas dos usuários durante todas as fases de sua vida, além da responsabilidade sanitária por uma

população sugere que essas diretrizes e princípios são sementes plantadas nas entrevistadas que parecem germinar, gradativamente, nas USFs de Ribeirão Preto-SP. Portanto, essas sementes podem ser consideradas pistas para as enfermeiras desenvolverem, na prática, um atendimento mais voltado à implementação da SF.

5.2.3.3 As características do trabalho na perspectiva da SF

Em relação às características do trabalho, as entrevistadas relataram questões referentes à composição das equipes, às demandas de saúde trazidas pelos usuários, às atividades executadas pela equipe e às dificuldades encontradas no trabalho.

Com relação à composição das equipes, todas as enfermeiras entrevistadas numeraram que os profissionais com os quais trabalham nas equipes obedecem à padronização determinada pela PNAB (BRASIL, 2012, 2017).

Além da composição das equipes, as entrevistadas alegaram que os usuários buscam as USFs trazendo demandas de diferentes ordens. Para compreendê-las torna-se necessário mencionar Cecílio e Matsumoto (2006) pois, apesar da complexidade dos aspectos envolvidos na construção de demandas e necessidades, esses autores afirmam, de maneira simples e objetiva, que as demandas dos usuários traduzem suas necessidades e que essas necessidades dependem do acesso às tecnologias que melhorem e prolonguem a vida, das condições de vida, da subjetividade/individualidade e do vínculo com a equipe de saúde. Essas dimensões que conformam as necessidades de saúde dos usuários são compartilhadas pelas entrevistadas.

E20 e E18 sinalizam que a busca por atendimento nas USFs se dá por consultas agendadas, de rotina e preventivas.

“Mas eles buscam atividades preventivas mesmo, mas mais consultas de rotinas que a gente faz mais consulta de rotina [...] (onde) a gente faz orientações.” E20

“Os pacientes de demanda agendada, é um pouco mais variado. A gente tem muito hipertenso e diabético [...]. A gente tenta sempre fazer um acompanhamento deles, como manda o protocolo da Secretaria que é a cada três, quatro meses. Então, tem uma demanda grande. Eu acho que a parte de saúde da mulher não tanto a parte de pré-natal, mas saúde da mulher de maneira geral. Porque os pacientes que já estão na faixa etária de fazer mamografia, pacientes que vêm fazer exame ginecológico. [...]. É difícil você ter uma paciente que está com muito atraso de exame ginecológico, a não ser que ela não queira mesmo. Mas a grande maioria quando a gente explica, fala da importância, elas fazem, [...] vêm a cada dois anos ou a cada um ano: ‘Ó, está na época de fazer e marcam.’ [...] são bem orientadas nesse sentido. [...]. Eu acho que é mais isso.” E18

Em uma das observações da USF 3 é possível verificar que uma usuária parece ter sido orientada a buscar agendamento de consulta médica com a enfermeira da equipe a que pertence.

A Enfermeira 1 pergunta sobre a condição de saúde da filha da usuária, que está apresentando episódios recorrentes de vômitos já tratados em outro serviço e parece fazer uma rápida avaliação da situação para agendar a consulta médica.

Início da OBS da USF 3: 11h50min

Usuária aparece na porta do consultório onde estão a Enfermeira 1 e a observadora sentadas e diz: *“Quem é Fulana?”*

Enfermeira 1 olha para a usuária e diz: *“Eu.”*

Usuária, da porta do consultório diz: *“Eu quero marcar uma consulta pra minha filha que tá vomitando direto. A gente já foi na unidade X e mandaram vir pra cá marcar consulta.”*

Enfermeira 1, sentada em frente ao computador junto à mesa, pergunta à usuária que continua em pé: *“O que está acontecendo com sua filha?”*

Usuária e Enfermeira 1 conversam sobre a saúde da filha enquanto Enfermeira 1 verifica o sistema.

Enfermeira 1 diz: *“Pode ser dia 24?”*

Usuária: *“Eu tenho cadastro, mas não aparece no sistema, não sei por que.”*

Enfermeira 1: *“Dia 24, às sete horas, tá bom?”*

Usuária: *“Tá. Brigada.”* (E usuária vai embora da unidade).

Término da OBS da USF 3: 12h05min

E27 e E19 dizem que os usuários trazem demandas de saúde de várias ordens, especialmente sociais. Nessa vertente, E19 compartilha vários exemplos, dentre os quais, de usuárias que vêm à USF para mostrar a nova cor de cabelo adotada e para apresentar o bebê recém-nascido, cuja mãe acompanhou a gravidez com a equipe e se mudou da área adscrita antes do nascimento da criança. E19 ressalta ainda que, na maior parte dos atendimentos, a tecnologia leve é a que oferece mais condições para resolver as demandas trazidas.

“Então, (os usuários) pedem muita coisa, pedem roupa. Outra coisa que [...] a gente faz muito aqui, é trazer roupa do fundo social da campanha do agasalho. [...]. Teve ano de eu receber caminhão fechado, a gente chama as lideranças e acaba entregando. Então aqui, além da saúde, de você dar a medicação, [...] é para a área também social. Então, é de um extremo ao extremo. É uma pessoa que às vezes precisa de uma assistência básica [...]. Ela precisa de umas verduras, a gente vai pegar de horta e levar para ela. Então, é muita coisa. [...].” E27

“Eles buscam várias coisas. [...]. Como a gente é muito próximo da casa das pessoas, [...] eles buscam, porque de fato estão com algum problema físico ou mental ou de ordem familiar ou porque eles querem... outro dia veio uma paciente, pintou o cabelo e veio perguntar se a cor do cabelo ficou boa. Hoje veio uma mãe que se mudou da área e o neném... a gente fez uma parte do pré-natal dela e ela veio hoje para mostrar o neném que nasceu. Tem de tudo. Tem a mulher que sofre violência e que vem. Então, são situações muito diversas, em relação às demandas de saúde e que, muitas vezes, extrapolam... Na verdade, [...] são muito mais amplas no sentido de que não é só uma questão de ausência de doença, às vezes é uma questão social, é uma cesta básica que ele veio pedir ou pediu um caminho para conseguir. Ou [...] por exemplo, me avisaram que uma paciente vai precisar de passe de ônibus, então, as questões sociais também batem muito à nossa porta. E, por exemplo, a mulher que o marido bateu e ela veio aqui porque ela não sabe para onde ir, o marido está ali fora esperando ela. Então, é isso, vem de tudo, coisas que às

vezes, poucas, eu acho, que demandam tecnologias duras e muitas que demandam tecnologias leves.” E19

Em uma das observações da USF 3, uma usuária recorre à USF para conseguir um relatório médico que permitirá a solicitação de sua aposentadoria.

Início da OBS da USF 3: 09h50min

Usuária aparece na porta do consultório onde estão a Enfermeira 1 (sentada em frente ao computador da mesa) e a observadora. Enfermeira 1 percebe a usuária e diz: *“Bom dia, a senhora quer falar comigo?”*

Usuária entra no consultório, fica em pé, e diz: *“Eu preciso de um relatório da médica.”* (E entrega um papel à Enfermeira 1 que lê o que está escrito e diz: *“A médica não está na unidade agora de manhã, mas à tarde eu converso com ela e ligo pra senhora. A senhora tem telefone?”*

Usuária diz o número do telefone, Enfermeira 1 anota em um pedaço de papel e diz: *“Mais tarde eu ligo pra senhora, então.”*

Usuária: *“Tá. Brigada.”* (E sai do consultório).

Observadora pergunta à Enfermeira 1 do que se trata a solicitação da usuária e ela responde: *“É pra ela se aposentar.”*

Término da OBS da USF 3: 09h55min

Esses resultados retratam uma ampla gama de necessidades de saúde que estão de acordo com o pensamento de Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996) que, na década de 1990, já reconheciam a complexidade das necessidades de saúde e que muitas delas ultrapassam a esfera da intervenção clínica curativa individual. Os autores denominam essas necessidades como básicas que exigem uma intervenção multifacetária e destacam ainda que a AB, por estar perto das pessoas e do seu contexto de vida, é potencialmente sensível para reconhecer essas necessidades e buscar resoluções para as mesmas.

Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996) também sustentam que a proximidade da AB com os usuários, suas famílias, comunidade e território propicia o desenvolvimento de relações mais estáveis, permanentes, pessoais e, sobretudo, mais humanas. Entende-se que esses pontos se constituem nas relações entre trabalhadores e usuários da SF, sendo facilitados pelo uso das tecnologias leves (a escuta, o diálogo, a disponibilidade para o encontro com o outro). Tecnologias mencionadas por E19: *“Então, é isso, vem de tudo, coisas que às vezes, poucas, eu acho, que demandam tecnologias duras e muitas que demandam tecnologias leves”*. E19

Portanto, as falas anteriores apontam que os usuários buscam nas USFs, por meio da relação com os trabalhadores, uma maior proximidade, o acolhimento de demandas e necessidades diversas e complexas que não se resumem a questões biológicas apenas.

Com relação às atividades executadas pela equipe, houve ênfase para aquelas de caráter coletivo coordenadas por diferentes profissionais e parceiros. A maior parte das enfermeiras ratificou que nas USFs são realizados grupos educativos, desde os tradicionais que atendem os

grupos prioritários (gestantes, diabéticos, hipertensos) como outros que visam a integrar os usuários, em datas e meses comemorativos ou não, com vistas à qualidade de vida e à sociabilidade, semelhantemente à finalidade dos grupos educativos identificadas por Fortuna et al. (2013) em uma USF.

“Grupos, a gente tem... a gente fez grupo de gestante, agora a gente vai começar um grupo de oficina de arte. A gente fez o convite, vai ser um grupo contínuo, não vai acabar, vai ser toda quarta-feira, às 14h. Então, a gente fez um convite, mais ou menos assim, o perfil seriam aqueles idosos ou adulto mesmo que fica muito em casa e aqueles mais depressivos, então, a gente vai fazer essa oficina. O primeiro projeto são brinquedos de materiais recicláveis que a gente vai fazer para o evento do Dia das Crianças. Então, as agentes comunitárias distribuíram o convite e a gente pediu também para eles irem juntando material reciclável e esse é um grupo que vai permanecer. Mas a gente está sempre... de grupo, a gente fez também reeducação alimentar que foi um mês com uma nutricionista [...].” E15

“Ele, o PIC (Programa de Integração Comunitária) é da Prefeitura, mas vinculado à Secretaria de Esportes e de Assistência Social; eles têm um professor que é contratado por eles que vêm duas vezes por semana em uma quadra aqui e dá as atividades físicas. Então, a gente aproveita uma vez por mês, vai lá e faz uma palestra, cada vez é um tema. No início do ano, a gente reuniu com eles e viu os temas que eles queriam saber mais e diante desses temas mensalmente a gente vai e aborda um. [...]. O mês passado foi sobre a ansiedade. [...]. E depois na semana seguinte eles vieram para cá para fazer um de meditação que o doutor X deu aqui. Aí a gente criou um ambiente mais tranquilo e tal, eles vieram para cá fazer com a gente. Então, está começando [...] a colher os frutinhos.” E29

“A fisioterapia (da universidade X) tem um grupo de joelho, o maior sucesso. O grupo de joelho e de lombalgia que funciona hoje, eles devem estar aí, mas o grupo de hipertensos, diabéticos é da unidade. Eles ajudam a gente nesse grupo porque eles vêm, ajudam a gente a medir a pressão de todo mundo, [...] faz a glicemia capilar de todo mundo, pesa, mede a cintura. [...]. E depois eles fazem um aquecimento, um alongamento com eles e aí a gente abre para alguma discussão, um bate-papo, uma orientação, eles dão uma mão muito boa para a gente. [...]. Tem o grupo de ioga ligado ao CRAS, eles trazem a professora, mas são os nossos pacientes que fazem, [...] muitos do grupo de diabéticos já ficam para logo em seguida fazer a ioga. E a gente faz comemoração de dia dos pais, dia das mães, agora a gente está montando uma atividade do Outubro Rosa. Uma equipe vai fazer o Outubro Rosa, outra vai fazer o Novembro Azul. E a gente faz festa junina [...] e usando esse salão que é da associação dos moradores, essa parceria aí.” E22

“E a gente tem o grupo de atividade física que é feito na pracinha ali [...]. Tem outros grupos também, tem grupo de vivência, os grupos de memória, vários grupos, mas que é feito fora da unidade seria o grupo da atividade física, com dança circular, é bem interessante [...]. Tem os [...] pacientes que participam dos grupos, eles geralmente participam de mais de um grupo, os que vêm no grupo de vivência, vêm no grupo de memória, eles gostam de participar dos grupos, então, eles vêm em vários grupos.” E20

As dificuldades encontradas pelas enfermeiras no trabalho se referem, grande parte, à tecnologia dura (espaço físico inadequado, falta de materiais e recursos financeiros), bem como à insuficiência de profissionais. A falta de recursos humanos e físicos foi designada como fatores dificultadores do trabalho das equipes de saúde que repercutem no processo de trabalho e na

satisfação dos usuários com as USFs (ANDRADE et al., 2016; PIRES et al., 2016; ROCHA et al., 2012; SANTOS; SILVA; MARCON, 2018). Em uma das observações da USF 1, foi possível comprovar a falta de espéculo M para a realização do exame de Papanicolaou.

Início da OBS da USF 1: 14h

Funcionária entra no consultório que está com a porta aberta e pede para a Enfermeira 1 um material (que não foi possível escutar).

Enfermeira 1 se levanta da cadeira, pega a chave do armário, abre e procura o material solicitado.

Enfermeira 1 diz: “*Não tem mais.*”

Funcionária e Enfermeira 1 comentam sobre a falta de alguns materiais na rede, em especial do espéculo M e da dificuldade de se trabalhar sem alguns materiais.

Término da OBS da USF 1: 14h05min

E11 aponta que apesar de todo o seu conhecimento científico para abordar clinicamente o usuário, sente-se limitada frente a essa atribuição devido à falta de espaço físico. E26 também expõe a dificuldade na assistência aos usuários devido ao número reduzido de consultórios.

“O que mais falta para mim aqui não seria um equipamento simples, é consultório, [...] espaço físico. Talvez seja a adequação do espaço físico, porque eu acho que nós enquanto enfermeiras de Saúde da Família somos empoderadas a fazer atendimento clínico do nosso saber. Eu me sinto totalmente empoderada de fazer um atendimento clínico de enfermagem completo, mas nem sempre eu tenho espaço em sala. Então, é o que eu sinto mais falta porque eu poderia estar fazendo com o computador, o sistema e a tecnologia leve que é a comunicação. Os aparelhos simples que eu tenho – termômetro, esfigmo e estetoscópio, posso fazer uma anamnese, uma semiologia básica e algumas intervenções pertinentes à enfermagem, mas nem sempre consigo. Então, eu acho que a adequação do espaço físico é uma coisa que faz falta aqui [...]. Então, eu acho que falta espaço físico para a gente.”
E11

“Eu acho que as dificuldades maiores que a gente têm aqui em relação à estrutura dentro da unidade [...], é que a gente não tem uma quantidade de consultórios, de espaços para atender compatíveis com a demanda que a gente tem. Então, na sala de espera a gente deixa as pessoas esperando por muito tempo por conta disso, porque entre um atendimento e outro, eu falo que a gente quase briga: ‘Agora é minha vez, não sei o que.’ Porque é isso, é muita demanda e com poucos ambientes na unidade que dá para eles serem usados adequadamente para assistência. Então, eu acho que esse é o nosso maior dificultador hoje na unidade. Tem as dificuldades em relação aos insumos, material. Mas elas são mínimas perto de outras demandas, entende?” E26

A falta de espaço físico pode ter relação com a falta de ambiência que foi observada em todas as USFs, em maior ou menor grau, por meio de constantes interrupções no trabalho das enfermeiras por outros trabalhadores, mesmo quando a condição da usuária atendida requeria privacidade e a demanda dos trabalhadores era eletiva.

Início da OBS da USF 1: 12h

Estão no consultório compartilhado: a observadora, as Enfermeiras 1 e 2 e uma usuária.

Enfermeira 2 inicia o atendimento a uma usuária, em primeira consulta de pré-natal, após o prognosticon ter dado positivo.

Observadora se posiciona na porta do consultório que está entre aberta e repara no movimento da unidade.

Uma funcionária abre completamente a porta, parece não reparar que a Enfermeira 2 está atendendo e pergunta à Enfermeira 1: *“Enfermeira 1, precisamos ver a campanha de vacina da gripe.”*

Enfermeira 1 abre o sistema, fala sobre os pacientes acamados que tem para serem vacinados e sobre o melhor dia para agendar a visita domiciliar com o carro que será disponibilizado.

Enfermeira 2, que está atendendo a gestante, também participa dessa conversa e usuária que parece incomodada com a interrupção no atendimento, olha para traz para ver com quem a Enfermeira 2 está falando.

Enfermeira 2 parece perceber o incômodo da gestante pela interrupção no atendimento e retoma a conversa com a gestante.

Enfermeira 1 e a funcionária que também parecem reconhecer o incômodo da gestante se olham e encerram a conversa dizendo que mais tarde resolverão essa questão.

Término da OBS da USF 1: 12h10min

Nessa situação, a usuária demonstra incômodo com as interrupções em seu atendimento, percebido pelas trabalhadoras que logo se mobilizam para terminar em outro momento o assunto que interrompeu o atendimento. De maneira geral, as observações mostraram que alguns profissionais não proporcionam privacidade no atendimento aos usuários, ao mesmo tempo em que os usuários também não exigem tal comportamento.

E6 e E21 sustentam que o desfalque de trabalhadores e materiais interferem negativamente na produção de cuidados e E29 completa dizendo que a falta de auxílio financeiro para eventos na USF submete trabalhadores e usuários a disporem de meios próprios para realizarem uma determinada atividade coletiva.

“Tem que ter recursos humanos que é o que a gente não tem. Então, faltam três auxiliares para mim. Falta um auxiliar para equipe X. [...]. Então, isso prejudica. Falta uma agente comunitária para mim. [...] A dentista aposentou, nós estamos com uma equipe odontológica só para atender as quatro áreas. Então, isso é péssimo, né? Porque você não consegue fazer um trabalho adequado, você não consegue atender as gestantes, fazer a preventiva do bebê, você não consegue atender as urgências, você não consegue atender a rotina, quando você tem um dentista só [...]. Então, eu acho que recursos humanos é fundamental, recursos materiais. Que mais? [...]. Ah... acho que é isso. [...]” E6

“Olha, hoje em dia nossa maior dificuldade é de falta de material, porque infelizmente faltam alguns medicamentos, material para curativo. Hoje mesmo, não tinha uma pomada para fazer o curativo do paciente que estava com uma úlcera com necrose e eu não tinha papaína-10 para colocar. Aí você fica assim, que o seu trabalho não tem o resultado esperado por falta de material. A gente tem uma falta de material grande, infelizmente.” E21

“A gente tem a dificuldade, às vezes, em material mesmo. Às vezes de querer fazer, por exemplo, um café da manhã. E as pessoas têm que cada uma pôr a mão no bolso e fazer essas doações para a gente conseguir proporcionar uma atividade melhor, do jeito que a gente queira. Então, nessas dificuldades a gente esbarra.” E29

As características do trabalho na USF tradicional compartilhadas pelas enfermeiras e selecionadas para compor este item da investigação mostram que a composição das equipes mínimas segue a normatização da AB sendo que algumas têm o auxílio de equipes multiprofissionais. As demandas e necessidades, de diversas categorias, trazidas pelos usuários parecem ser reconhecidas como legítimas pelas entrevistadas que demonstram entender o papel da AB, por meio da SF, na vida das pessoas.

As atividades em grupo parecem ocupar um lugar de igual importância às demais, dentro do cardápio de ofertas da USF, sendo entendido pelas enfermeiras como fundamentais no trabalho para a abordagem do processo saúde-doença. Sendo assim, essas atividades indicam pistas para possíveis brechas no trabalho para reconhecer e atender as necessidades dos usuários.

É de se esperar que dificuldades existam, especialmente com o número insuficiente de trabalhadores nas equipes, pois como exposto nos itens anteriores, as USFs tradicionais vêm, gradativamente, criando espaço para mudanças no contexto biomédico de atenção. Todavia, parece que a falta de tecnologias duras inviabiliza o trabalho de algumas enfermeiras que atrelam o espaço físico inadequado à qualidade da execução de suas atribuições e responsabilidades, situação que pode ser exemplificada, pela falta de ambiência no atendimento ao usuário.

5.2.3.4 Os instrumentos do trabalho na perspectiva das enfermeiras

As enfermeiras entrevistadas referiram que a equipe de saúde dispõe de vários tipos de instrumentos para executar o trabalho nas USFs. Para expor os instrumentos de trabalho será utilizada a definição de tecnologias (dura, leve-dura e leve) proposta por Merhy (2013, 2014).⁵²

A maneira como as enfermeiras se colocaram nas entrevistas – ora como integrantes da equipe, ora como sujeitos individuais no desenvolvimento do trabalho – permitiu interpretar as tecnologias, em alguns momentos, como comuns ao campo de atuação ou de competência e responsabilidade de todos os trabalhadores e, em outros, como específicas de seu núcleo de atuação.

A maioria das enfermeiras declarou que as tecnologias duras são essenciais para o trabalho sem as quais a assistência da equipe ao usuário fica comprometida. O computador, o sistema eletrônico, a internet, os prontuários, os equipamentos para aferição de sinais vitais, os insumos hospitalares, os medicamentos e a agenda foram enumerados pelas enfermeiras.

⁵² Aspectos já introduzidos em 1.2 O suporte teórico do estudo na página 43.

“Nesta unidade de saúde, o essencial é o computador, porque a gente não consegue fazer mais nada sem ele. Todo processo está sendo voltado cada vez mais para o processo digital. [...] Hoje, sem o computador, a gente não consegue fazer nada, até porque o sistema de Ribeirão Preto é digital. Então, você precisa fazer um encaminhamento, [...] fazer algum pedido de exame, [...] ver resultado de exame, tudo isso através do computador. [...] Se a gente não tem, nosso sistema... tanto que às vezes acontece de a internet não funcionar aqui dentro, a gente fica totalmente perdido, porque o paciente tem que vir uma, duas, três, quatro vezes para checar um resultado de exame, para pegar um resultado, para marcar uma consulta. Então, hoje é essencial que nesta unidade que já é feito assim há muito tempo, que tenha computador. Computador e internet. [...]. Em todos os atendimentos, a gente acaba usando o prontuário físico mesmo. A gente usa o computador e outros equipamentos que a gente utiliza para fazer certo os atendimentos. Na gestante, a gente usa o sonar, a gente tem esses tipos de equipamentos, mas também não são muitos, são esses os essenciais mesmo”. E25

“Eu acho que no momento em que nós estamos, o computador atualmente é importante para realizar o atendimento, porque tudo o que nós precisamos está no sistema, solicitação de exames... depende do computador. O dia que falta energia, tem que fazer tudo manual, a gente acaba tendo um trabalho dobrado, porque depois o paciente tem que retornar para buscar esses exames que vão ser feitos depois. Eu acho que os prontuários são um objeto que é importante para o nosso atendimento também. Os instrumentos essenciais – esfígmômetro, os materiais para realização de exames. Eu acho que tudo isso é essencial.” E12

“As agendas, mudou também há pouco tempo. Antes não tinha dia certo para abrir a agenda porque o gerente não queria fila: Tal dia abre a agenda para marcar. Ele não queria. E isso é muito ruim, por quê? Tinha gente que vinha aqui todo dia e começou a dar problema e para quem trabalha a gente estava dificultando o acesso. Então, como é que é agora? Cada semana abre o dia de uma equipe. [...]. Então, é por semana. Eles já sabem e os agentes divulgam isso. Tal dia a gente tem uma tabela até o final do ano de dia, de abertura das agendas. Aí vamos supor que a pessoa – a minha em duas horas acaba todas as vagas. Aí qual é a fala da recepção? Se a pessoa falar: ‘Ah, mas eu já venho aqui. Procura tua enfermeira, porque eu vou conversar ou seu agente.’ Porque os agentes trazem muita demanda e a gente agenda conforme vê no HYGIA, [...] porque às vezes a pessoa reclama, mas você vai ver, faltou, aí quem resolve os problemas é o acolhimento. Isso porque a gente pega no pé da população. E eu mostro: ‘Olha aqui, você faltou, você faltou três... agora não vou mais te ajudar, você vai ter que...’ Sabe? Infelizmente. Mas, no geral, eu acho que está bem organizadinho.” E10

Segundo as enfermeiras, o sistema de informação, traduzido pela presença do computador, da internet e das agendas, permite a organização administrativa para o processamento do atendimento, mas são colocadas como meios essenciais e não como aquelas que sustentam a efetivação do cuidado a ser prestado.

Por outro lado, a partir de uma das observações da USF 2 entende-se que a tecnologia dura como, por exemplo, o “livro preto” é utilizada para amparar uma das atividades de organização do cuidado executada pela equipe: a reunião para discutir casos.

Início da OBS da USF 2: 10h50min

Enfermeira 1 abre um livro preto que fica sobre a sua mesa e começa a anotar alguns nomes de usuários, olhando o registro deles no sistema.

Observadora pergunta: “O que você está anotando nesse livro, Fulana?”

Enfermeira 1: “É o livro de discussão de casos, para discutir com a equipe. Hoje tem reunião.”

Observadora: “Posso observar?”

Enfermeira 1: “Pode.”

Término da OBS da USF 2: 11h

E26 aponta que, de certa forma, com a complexidade das situações de saúde encontradas na SF, outros instrumentos de trabalho tiveram que ser introduzidos nas USFs, permitindo maior resolução de demandas e necessidades dos usuários.

“Hoje, além de equipamentos assistenciais, se você for pensar em sistema de informação, de documentar a minha produção [...], eu preciso de um computador, para começo de conversa. Porque, sem ele, como faz? [...]. Se eu pensar em atender uma puericultura, eu preciso de ter uma balança [...] pediátrica para o bebê e uma para as crianças maiores, tem que ter fita métrica, [...] esteto, [...] otoscópio e oxímetro de pulso [...], esfigmo, termômetro, [...] ter um sonar para fazer a ausculta de BCF na gestante. [...]. E assim, minimamente: divã ou maca para você colocar, mesa ginecológica, foco clínico [...] uma mesa e uma cadeira [...], estadiômetro [...]. Então, são algumas coisas que se você não tiver minimamente essa estrutura, você até algumas coisas adequa aqui e lá, mas tudo não dá. Eu acho que fica uma assistência pobre. Agora o que a gente teve de um tempo para cá que foi só ajudando, foi a gente ter conseguido geladeira para materiais de curativo, para fármacos, para medicamentos. Ter conseguido o teste rápido para fazer teste rápido de HIV, sífilis e hepatites, que a gente não tinha. Isso agregou. Então, a gente está tendo acesso a algumas coisas a mais que outras unidades de saúde já têm há algum tempo, [...] mais insumos no sentido de mais tecnologia para melhorar, para a gente poder assistir melhor nossos pacientes. E eu acho que [...] aqueles materiais de consumo – seringa, agulha, álcool, algodão. [...]. Materiais de farmácia, equipo, soro. Porque você vai assistir, você vai fazer uma medicação, as pessoas vêm aqui com demandas para serem medicadas. Então, eu acho que isso tudo, engloba muita coisa.” E26

Por outro lado, E24, E7 e E31 destacam as tecnologias leve-duras e o conhecimento técnico-científico como fundamentais para o exercício do trabalho da equipe, dentre outras tecnologias duras e leves.

“Eu acho que é importante, primeiro de tudo, o conhecimento e a atualização do conhecimento, material também para fazer os procedimentos que infelizmente nós estamos num período bastante complicado de falta de material. [...]. Mas, basicamente o que eu acho essencial é o conhecimento.” E24

“Na minha opinião é essencial você ter conhecimento teórico do que você vai tratar e principalmente [...] ter um elo muito grande com o paciente. O paciente tem que ter confiança em você [...]. Eu acho que o principal é a confiança, é você conhecer o paciente e conhecer ele dentro da família para você saber onde você pode ajudá-lo melhor. [...]. Eu acho que tem o seu conhecimento, a empatia que você tem com o paciente. Ele tem que ter a segurança do que você está falando para ele poder se abrir com você. Eu acho que isso é o mais importante.” E7

“A gente tem que ter o bom senso; a escuta inicial é importante, mas a gente tem que ter o conhecimento técnico, tem que ter o conhecimento do fluxo da rede, tem que ter a teoria, atualização, capacitação, tem que ter tudo isso junto, educação continuada junto, senão não adianta.” E31

De certa forma, essas enfermeiras estão apontando que há um saber operante ou tecnológico, fruto do desenvolvimento intelectual das diferentes profissões, para o cuidado se processar e que ele se articula com outros saberes e, ao mesmo tempo, busca suporte em outras tecnologias (MENDES-GONÇALVES, 2017; MERHY, 2014). Nesse sentido, muitas enfermeiras mencionaram que as tecnologias leves – saber acolher, ouvir, dialogar/se comunicar e criar vínculo – são primordiais no atendimento ao usuário.

As enfermeiras indicam que essas habilidades auxiliam na identificação da demanda trazida, no entendimento das orientações, na abordagem holística, na adesão ao tratamento e na mudança de hábitos dos usuários.

“Eu acho que é essencial a gente acolher e ouvir o paciente. Independentemente de qualquer coisa. O paciente que chega aqui com queixa, [...] a gente tem que acolher, mesmo que seja para falar um não, a gente tem que ouvir qual é a queixa, a gente tem que entender e também fazer com que ele saia daqui com esse não, mas saber o porquê de não ter conseguido isso ou aquilo, que ele tenha um entendimento. Eu acho que isso é... o acolhimento, ouvir é essencial.” E15

“O essencial, o principal é a questão do acolhimento do paciente, porque se a gente não escuta, se a gente não acolhe, não identifica alguns fatores que precisam ser mais detalhados, a gente acaba fragmentando o cuidado, por exemplo. Então, uma tecnologia que eu falo é uma tecnologia simples, mas de grande importância, é o diálogo, é criar o vínculo, porque se eu não criar o vínculo com o paciente, ele não volta ou ele não acha que é tão importante e acaba deixando de ter adesão ao tratamento, por exemplo. Então, eu não falo só por mim, eu sempre falei para minha equipe que é importante de ter o vínculo com o paciente, porque o paciente que tem vínculo com a equipe é um paciente que adere melhor ao tratamento, [...] às orientações e tudo muda. Eu acho que o cuidado muda. E isso é importantíssimo; é o diferencial, na verdade.” E16

“É saber conversar, é saber ter uma boa comunicação com o paciente para gente conseguir que ele mude os hábitos, para que ele se insira dentro do processo que ele está vivendo”. E3

“Olha, [...] o que eu considero mais essencial, não é palpável, eu falo muito isso aqui. [...]. O essencial que eu consideraria lá no topo, é comunicação, com certeza. Eu acho que [...] a comunicação verbal e não verbal faz muita diferença, tanto com a equipe, [...] quanto com os pacientes. [...] A comunicação está no início de tudo. Claro que tem muita coisa que facilita e [...] dificulta o trabalho, tanto em termos de habilidades de vida quanto em termos instrumental, equipamento, material que não tem como a gente fazer muita coisa sem isso também. [...]. Em termos de comunicação, a gente está com uma população idosa muito grande com dificuldade de compreensão. Então, às vezes, a gente tem que respirar fundo porque [...] você tem que explicar as coisas para os pacientes quase dez vezes, às vezes ele vai embora e volta e liga para a gente explicar a mesma coisa. Isso estando escrito, a gente tenta usar até recurso para facilitar, então, [...] tem que ter uma comunicação mais efetiva possível.” E18

As tecnologias leves também se aplicam aos encontros entre os funcionários da USF que visam a esclarecer uma conduta médica e compartilhar a angústia de usuários quanto à espera de agendamento e à realização de exame complementar. Em uma das observações da USF 2, a Enfermeira 1 se mostra aberta ao diálogo com uma funcionária que divide a aflição de uma usuária que está sendo investigada para um possível diagnóstico de doença crônico-degenerativa. No encontro, a Enfermeira 1, por meio do diálogo, utiliza o seu arsenal técnico-científico para explicar a conduta médica à funcionária e ainda se ampara no prontuário para avaliar a abordagem à usuária.

Início da OBS da USF 2: 12h05min

Funcionária aparece na porta da sala e Enfermeira 1 diz: *“Fala, amor!”*

Funcionária abre um sorriso, entra no consultório, senta na cadeira e diz: *“Fulana, sabe o que eu queria ver com você?”*

Funcionária começa a contar o caso, dizendo que uma usuária acha que está com câncer de mama. Refere que a usuária ligou na Ouvidoria para saber do agendamento do ultrassom solicitado pelo médico da equipe, pois está demorando muito. Mas a usuária contou à funcionária que como o médico não pediu prioridade no exame, vai demorar.

Funcionária pergunta: *“Será que tem algum jeito de adiantar o exame?”*

Enfermeira 1: *“Na consulta, o doutor não deve ter visto que era prioridade, deve ter ido por outra linha investigativa.”*

Funcionária: *“Ela tem consulta dia 29, mas está chateada e não sabe o que fazer.”*

Enfermeira 1: *“O doutor pode olhar a outra mama dela.”*

Enfermeira 1 explica à funcionária os significados dos laudos das mamografias e o processo investigativo para o câncer de mama. E complementa: *“Eu penso que a urgência é dela e ela está preocupada. Mas teria aparecido na mamografia, por isso o doutor não pediu urgência no ultrassom.”*

Funcionária: *“Ah... (balança a cabeça de forma positiva). Parece que está autorizado, foi enviado ao sistema, mas não tem marcação ainda.”*

Enfermeira 1: *“O que podemos fazer é ver com o doutor para ele ver ela antes e adiantar a consulta ou ver se ele pode rever a prioridade do exame. Pega o prontuário que eu vejo com ele.”* E continuam conversando, em tom agradável, sobre a usuária.

Enfermeira 1 completa: *“Eu acho que ela pode ficar tranquila, mas me traz a pasta dela.”*

Funcionária: *“Tá bom.”* (E sai do consultório).

Término da OBS da USF 2: 12h15min

E29 diz que além de essencial, em um contexto de tecnologias duras, a disponibilidade dos trabalhadores para o encontro com o usuário deve estimular sua condição de sujeito no cuidado.

“A gente podia falar que essencial seria ter uma área física, um computador, material, insumo, mas eu acho que vai além disso. Eu acho que o essencial é a gente ter uma disposição para receber, para ouvir, estar acessível para isso. É claro que toda essa parte física é essencial e ajuda, e a gente precisa. Não dá para falar: ‘Eu vou atender embaixo do pé de mangueira que vai ser a mesma coisa.’ Eu acho que não, realmente o usuário precisa de um atendimento melhor, de uma área física melhor. Mas eu acho que o essencial é realmente essa disposição de ouvir, de tentar resolver o problema, de fazer ele sujeito também, porque [...] eu tenho que colocar ele como sujeito da ação e ele tem a parte dele

mesmo para fazer. E às vezes não vai dar certo, ele vai precisar de vir e rever aquilo várias vezes e entender que a culpa, muitas vezes, [...] não é só minha.” E29

Com relação às tecnologias utilizadas pelas equipes, nota-se que houve ligeira valorização e detalhamento das duras e leve-duras, embora as leves tenham sido reconhecidas como relevantes no processo de trabalho, semelhantemente aos achados de Santos, Mishima e Merhy (2018). Muitos estudos trazidos na revisão bibliográfica abordam diversos aspectos que podem ser classificados como tecnologia dura, leve-dura e leve, porém já foram resgatados sob outras perspectivas (por exemplo: o vínculo, tecnologia leve, na vertente da longitudinalidade).

Algumas enfermeiras alegam que o Programa de Matriciamento e as parcerias com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são instrumentos do trabalho classificados como tecnologia leve-dura e leve, na medida em que outros profissionais com saberes específicos e complementares estreitam laços com a equipe mínima auxiliando-as na abordagem dos usuários que precisam de orientações e de acompanhamento específicos.

As ideias compartilhadas pelas enfermeiras estão de acordo com as de Andrade et al. (2016) e Nordi e Aciole (2017) que entendem o apoio matricial como uma estratégia qualificadora da assistência que, por meio de suporte técnico-pedagógico, troca saberes e capacita a equipe de SF para aumentar a resolução das demandas e necessidades dos usuários na USF.

“Esse Programa (de Matriciamento) é recente. Quando a gente tem algum problema, ou os agentes trazem um problema com uma família que se enquadra em Saúde Mental, a gente tem reuniões quinzenais nas quais se discute aí, uma vez ao mês, que vai mudando de área um e área dois, vem esse pessoal do CAPS também: assistente social, terapeuta, psicóloga e a gente discute esse caso. A gente apresenta um caso, a pessoa, toda a história da pessoa e da família e vê em que a gente pode intervir, quais possibilidades nós temos para fazer, o que nós podemos ir atrás para ajudar. Aí nós temos que falar isso para a pessoa, pois a pessoa tem que aceitar. Aí a gente tem que esperar a pessoa aceitar. Já teve alguns casos positivos. Alguns não conseguimos grandes coisas, mas outros sim. [...]. Todo mês eles vêm e nós vamos intercalando uma equipe com outra [...].” E2

“Por isso que a gente faz bastante matriciamento. Às vezes na consulta, a médica em vez de marcar uma consulta, vamos supor, com a psico, com o nutricionista, com o farmacêutico separado, a gente sempre tenta marcar a consulta junto com outro profissional, porque aí acaba fazendo matriciamento para o paciente entender que é uma equipe que trabalha junto, não só aquele profissional.” E25

“Então, [...] a equipe multi ajuda bastante [...] até em termos de matriciamento, às vezes um caso, sei lá, da nutrição que a gente tem alguma dúvida, às vezes não precisa passar exatamente com a nutricionista, mas ela consegue matricular, ela consegue dar algumas orientações para nós quando a gente for atender o paciente.” E18

“A gente também tem parceria com a psiquiatria, o CAPS X, a gente tem o matriciamento em psiquiatria aqui na unidade. Todos os nossos pacientes que têm algum transtorno, a gente discute os casos com o CAPS. Uma boa parte deles já faz o segmento lá no CAPS, mas os outros a gente discute e tenta incluir para atendimento no CAPS. Tanto o CAPS X,

que é a psiquiatria, o CAPS-AD e o infantil, que a gente está tendo parceria com eles. Então, eles vêm na unidade e a gente discute os casos, a gente acompanha.” E21

E9 conta que a supervisão externa do trabalho da equipe é muito bem-vinda, pois é um olhar não contaminado pelo cotidiano que orienta a produção de cuidados e dá a entender que a presença do supervisor é indispensável para que isso ocorra. Matumoto et al. (2005) afirmam que a supervisão das equipes pode ter um supervisor para auxiliar no enfrentamento das dificuldades e na direcionalidade das ações, mas ele deve estimular, sobretudo, a autoanálise e a reflexão do processo de trabalho para que a própria equipe reorganize o seu trabalho.

Coelho et al. (2012), bem como Costa e Fontoura (2012), corroboram a relevância dessa ferramenta de gestão, na perspectiva dialógica, sendo essencial para qualificar a assistência e o processo de trabalho na SF.

“Aliás, muita coisa [...] funciona como autogestão. A gente já teve momentos em que o coordenador era um pouco essa supervisão externa. Um olhar menos contaminado e menos fazedor, que eu acho que a gente faz-faz-faz e não para para olhar muito o que a gente faz. Eu acho que isso é da equipe mesmo e eu via isso como algo muito positivo, um olhar externo. Mesmo que fosse uma vez por semana, uma vez por mês, mas era alguém que puxava assim: ‘Opa, vocês estão patinando, olha para cá.’ E aí puxava a equipe para uma coisa que a gente dizia: ‘Nossa, é mesmo. Como nós todos conseguimos patinar juntos?’ Mas é um processo que acontece com a equipe que a gente vai se envolvendo e vai meio que contaminando uns aos outros, positivamente também, para fazer coisas legais, não estou falando de coisas inapropriadas. Mas que está fora daquilo que seria a essência do trabalho, digamos assim.” E9

O Programa de Matriciamento e a supervisão externa, apontadas como instrumentos relevantes, parecem não estar presentes de forma hegemônica no discurso das enfermeiras, como elementos essenciais para o trabalho da equipe de SF. As falas indicam que ainda parece haver certa associação do trabalho na SF com as tecnologias duras, sem as quais ele fica prejudicado.

Nessa perspectiva, entende-se que as tecnologias leve-duras são necessárias ao trabalho, porém a forma e direção que tomarão dependerá do grau de importância dado às tecnologias leves que parecem oferecer brechas para reconhecer as necessidades de saúde. Nesse sentido, conclui-se que se as tecnologias leves não tiverem espaço, farão com que todo o conhecimento técnico-científico acumulado e aprimorado continue no caminho unilateral do modelo biomédico de atenção aprisionado na infraestrutura do sistema de saúde.

5.2.3.5 A disputa entre a SF tradicional e a perspectiva biomédica

Esmeraldo et al. (2017) indicam que, em um estado brasileiro, a implantação da SF ainda é um desafio, pois a sua lógica de trabalho compete com a lógica biomédica. Algumas enfermeiras entrevistadas confirmam essa tensão entre as distintas lógicas, mesmo em USFs que iniciaram suas atividades com a perspectiva da SF tradicional, denotando assim que a cultura médico-centrada, de ensino, formação e trabalho, persiste nos profissionais da SF.

Nessa direção, E5 declara que o médico de sua equipe participa das reuniões, entretanto o foco é curativo e, em sua ausência, outras questões relacionadas à promoção de saúde e à prevenção de doenças são sugeridas e discutidas.

“Agora, a reunião de equipe tem um médico, auxiliar de enfermagem e a dentista, acontece às terças-feiras [...]. É uma reunião meio complicada que fica muito na figura do médico, ela fica muito em cima do modelo biológico mesmo. Então assim, o médico pergunta: ‘O que tem para essa semana?’ Você entendeu? Então, fica uma coisa muito voltada para consulta médica, para visita médica. E isso eu estou devagarzinho tentando quebrar. Quando o médico estava de férias, o foco da reunião já era outro. [...]. Por exemplo: os eventos que nós estamos planejando, a questão das campanhas de combate ao uso do tabaco, a campanha de hepatite que nós faremos em outubro, esse projeto que a gente vai iniciar com a escola. [...]. Aí quando retornou o médico, retornou no modelo antigo. [...]. Aí esse projeto acabou ficando de lado e sendo discutido em paralelo em outra reunião [...] embora ele seja um excelente profissional, ele não se envolve com essa parte. Entendeu? Talvez ele esteja até cansado, tem toda uma rotina, então, a gente respeita isso.” E5

Da fala de E3, depreende-se que a busca imediata dos ACSs para responder às demandas dos usuários também parece reproduzir a concepção do pronto atendimento das ações, tornando ocioso o espaço de discussão de casos e condutas oferecido pelas reuniões de equipe.

“Tem horas que eu acho que os agentes comunitários não trazem para gente coisas que... ao invés de vir aqui todo dia e tratar coisas pontuais, poderiam guardar isso para discutir na reunião. Mas eu sinto que eles tão certos de tentar resolver a coisa com maior rapidez, que a gente agiliza os problemas que eles vão trazendo. E eu não sei, talvez é culpa do enfermeiro também que, culturalmente, eu já peguei uma equipe que já estava formada e as decisões eram tomadas dessa maneira e eu só estou dando continuidade. Então, talvez, a falha é minha também. Eu não consegui ainda mudar essa rotina. [...]” E3

Se por um lado os ACSs tomam a iniciativa para buscar a resolução imediata da demanda dos usuários, por outro, uma das observações da USF 3 revela que a Enfermeira 1 também aciona os ACSs, assim que termina o atendimento ao usuário, para avisar sobre sua condição de saúde.

Início da OBS da USF 3: 10h

Enfermeira 1 chama uma das ACSs que passa em frente ao consultório e avisa do caso da gestante adolescente que acabou de atender em primeira consulta de pré-natal.

ACS 1 diz: “Dá um papel pra eu anotar?”

ACS 1 conta à Enfermeira 1 de uma outra usuária e diz: *“A Fulana disse que o bebê tá com fome. Ela vem dia 13.”*

Enfermeira 1 diz: *“Pede para ela vir antes.”*

ACS 1: *“Ela diz que tá com pouco leite.” [...].*

Enfermeira 1 diz: *“A mãe dela chama Fulana.”*

ACS 1: *“Eu tenho elas cadastradas.”*

Enfermeira 1 diz: *“Aproveita e leva a receita e o remédio da Beltrana.”*

ACS 2 entra no consultório e Enfermeira 1 orienta: *“Cicrana, avisa a família da dona Fulana que na segunda, uma funcionária vai colher sangue na casa dela. Fala pra ficar em jejum e leva os potinhos pra ela.”*

ACS 2: *“Tá.”*

E as duas ACSs saem juntas do consultório.

Término da OBS da USF 3: 10h20min

Apesar de se tratar da primeira consulta de uma gestante adolescente, entende-se que a Enfermeira 1 poderia ter anotado esse caso em um livro/registro específico, tal como foi feito por outra enfermeira observada (OBS da USF 2) e, posteriormente, transmitido as orientações em reunião de equipe, reforçando a importância da atividade como espaço para o planejamento do cuidado em conjunto.

Além da cultura biomédica persistir na micropolítica do trabalho, enquanto uma contradição ainda a ser superada pela SF, para E17 e E11 a gestão municipal parece caminhar na direção oposta dos princípios e diretrizes da SF, especialmente quanto à universalidade, à população adscrita e à longitudinalidade.

“Em Ribeirão a gente tem portarias que vão contra as portarias do PSF. [...]. Por exemplo, área de abrangência. Nós temos uma resolução municipal que diz que o paciente pode escolher onde ele quer ser atendido independente do endereço, certo? Se eu trabalho na Saúde da Família, eu trabalho na área de abrangência restrita com pacientes cadastrados onde eu consigo articular e [...] ter o olhar daquela área. Se eu, por exemplo, tenho gestantes, que moram em outras cidades e que tem sífilis positivo, eu preciso fazer uma busca ativa nessa gestante e no parceiro. E eu faço como? Eu não consigo fazer visita domiciliar para uma pessoa que não mora aqui, mas tem uma resolução municipal que permite que ela passe. Eu não tenho vínculo com ela, não sou eu a enfermeira dela, dentro de uma equipe de Saúde da Família que você tem uma área de abrangência restrita, como é que você faz? ‘Olha, você que vai atender esse paciente.’ Eu [...] tenho essa dificuldade, não só eu, muitas pessoas. A gente já fez um levantamento que cerca de 30% da nossa população atendida não mora na nossa área de abrangência. Então, não são poucos, são muitos pacientes que acabam não tendo a essência do PSF, entendeu? Por conta disso, dessas resoluções, que passam por cima do PSF, infelizmente. [...]” E17

“Na [...] fala da gestão ainda existe uma priorização dessas coisas [...] Tipo: ‘Não pode cercear atendimento.’ Eu acho que você não pode cercear atendimento de urgência para as pessoas. Você não educa a população se você quer que ela seja atendida mais próxima da casa dela se você libera tudo, então, qual é a diretriz? Se existe uma diretriz, ela precisa ser avaliada, estudada, entendida e colocada em prática. Vamos pôr para todo mundo, vai ser acesso avançado independente de regionalização, isso vai ser a diretriz. Agora, se a diretriz é a adscrição, regionalização, universalidade e você põe que a pessoa, apesar

disso, você não interpreta o princípio e a diretriz, a universalização não diz que você pode ser atendido em qualquer lugar, qualquer hora. A universalização não diz, se você estiver precisando, você pode ser atendido em qualquer lugar, mas se você não tiver precisando você tem que atender a regionalização de ser atendido perto da sua casa. Aqui não funciona assim. [...]. Então, é um pouco disso que eu falo sobre gestão, sobre as coisas, elas são colocadas conforme interessa mais, porque politicamente falando, interessa mais a pessoa ter acesso onde ela quiser do que dizer para ela: 'Não, você tem que ir perto da sua casa.' Veja, vamos conversar, desde que não seja uma questão de urgência, urgência é urgência. Eu estou com uma dor de cabeça insuportável. Não vejo problema nenhum em fazer uma medicação aqui para você e te encaminhar para uma consulta agendada na sua unidade para você investigar isso, não tem problema nenhum. Agora, não, eu vou vir aqui: 'Ah, já deixa a consulta aqui mesmo porque aqui é mais perto do meu trabalho.' Sim, então, vamos repensar as coisas, senão fica um lugar estrangulado e outro vazio. Aí [...] se eu faço um atendimento integral daquela pessoa, a hora que eu vou procurar ela para dar seguimento naquilo eu não encontro. E aí como eu faço? Cadê a pertinência da longitudinalidade? Tem diretriz e tem princípio, não é à toa, tem o porquê. [...].” E11

As questões evidenciadas pelas enfermeiras traduzem certamente uma contradição. De um lado, a gestão municipal traz a universalidade do acesso sem a mediação do princípio da regionalização. De outro, o trabalho das USFs parece ficar restrito, por conta dessa universalização ampliada e (ar)regionalizada, para efetivar a longitudinalidade, a coordenação do cuidado e a resolução das demandas dos usuários.

As falas vão ao encontro com o que Luiz Carlos Cecílio, nos anos 1990, já sinalizava sobre o SUS: de que as pessoas acessam o sistema por onde é mais fácil ou possível. Nos anos 1990, antes de Eugênio Vilaça Mendes elaborar a teoria das Redes de Atenção à Saúde, ainda se projetava o sistema de saúde dentro de uma pirâmide que hierarquiza a importância e a busca dos serviços pelos usuários de acordo com a densidade tecnológica dos estabelecimentos de saúde (CECÍLIO, 1997).

Com isso, Cecílio (1997) iniciava o pensamento de que a pirâmide, na prática, não pode ser tão rígida, pois os usuários acessam o sistema por outras portas, não somente pelo primeiro nível de atenção, criado e definido para ser a porta de entrada do sistema. Na vida real, o acesso acontece por outras portas principalmente por meio dos pronto-atendimentos, devido a vários fatores, movimento que faz a pirâmide se arredondar.

Nesse sentido, o alargamento da pirâmide, (re)conduzindo-a a um círculo, rompe com a radicalidade da hierarquização do sistema de saúde e oferece outras possibilidades de entrada dos usuários. Portanto, os outros serviços que são, e continuarão sendo, porta de entrada do usuário no sistema devem repensar a lógica de trabalho e se qualificar para acolher os usuários e orientá-los para garantir o acesso às tecnologias adequadas no momento certo, a fim de resolver suas demandas e necessidades (CECÍLIO, 1997).

A fala de E29 lembra que o município de Ribeirão Preto-SP não possuía, até o final de 2017, uma coordenação geral de SF para orientar e padronizar o trabalho nas USFs. Em abril de 2018, a Prefeitura Municipal nomeou uma coordenação de ESF por meio da Portaria nº 468, porém não esclarece atribuições, metas, período, carga horária e local de trabalho (RIBEIRÃO PRETO, 2018a), dando a entender que essa função fica solta em meio a outras tantas na Secretaria de Saúde Municipal.

“Eu acho que não ter um coordenador de Saúde da Família no município, [...] é uma coisa que dificulta. [...]. Não tem, já teve. De quando eu comecei do ano passado na Saúde da Família não tem. A gente tem algumas pessoas na Secretaria que você liga e tal, mas você não tem um coordenador, uma pessoa a quem você se reporte. Todos os lugares que eu trabalhei antes, em todos os municípios tinham. [...]. Eu acho que um coordenador acaba conversando com todas as equipes e todo mundo fazendo mais ou menos do mesmo jeito. Nessas reuniões que nós estamos indo das oficinas você percebe, por exemplo, tem equipes que faz quatro visitas por dia, o agente comunitário, tem lugar que faz oito, e quando você fala: ‘Tá, mas qual é a média esperada?’ Ninguém sabe. Porque: ‘Ah, quando um enfermeiro que trabalhou comigo falava que era assim, Fulano falava assado...’ Mas não tem uma coisa muito igual para todo mundo. Não que toda equipe vai ser igual, claro que não. Mas pelo menos uma coisa para guiar. Eu acho que isso faz falta. Algum problema que você queira falar direto com a pessoa. Porque às vezes você vai falar com alguém na Secretaria que a pessoa nem está entendendo o que é Saúde da Família, o que vocês fazem, por que você está me pedindo isso. Então, eu acho que ajudaria e muito.” E29

Verifica-se que essas questões de caráter macropolítico (ou de gestão municipal) também estão guiadas pela visão biomédica, uma vez que a gestão parece priorizar o atendimento de condições agudas, tendo em vista o andamento de implantação das metas na Secretaria de Saúde do atual governo que ainda está planejando a expansão do número de equipes de SF (RIBEIRÃO PRETO, [2018b]).

No plano de metas municipal de 2017 a 2020, há dez metas na área da saúde, dentre as quais três – diminuição da mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis, redução de casos e do número de óbitos por doenças endêmicas e epidêmicas e humanização do atendimento por meio do acolhimento da demanda espontânea – são assinaladas como implantadas e parecem ter uma relação mais direta, porém não exclusiva, com a SF e AB. Assim como a expansão das equipes de SF, outras quatro⁵³ metas encontram-se em andamento e duas⁵⁴ ainda não foram implantadas (RIBEIRÃO PRETO, [2018b]).

⁵³ As quatro metas em andamento são: implantação de três AMEs em parceria com o governo do estado; desenvolvimento de 100% dos gestores da área de saúde; redução da mortalidade materna em hospitais; e implantação de três UPAs (RIBEIRÃO PRETO, [2018b]).

⁵⁴ As duas metas não implantadas referem-se à implantação de 20 leitos de retaguarda no Hospital Santa Lydia e à construção de até três CAPSs para transferência dos serviços existentes para municipais próprios (RIBEIRÃO PRETO, [2018b]).

Pelos resultados expressos, somente a implantação do modelo de SF tradicional parece não garantir a mudança da lógica de trabalho na AB, pois alguns dos dispositivos característicos da SF podem oferecer brechas ao se colocarem na contramão do engessamento do trabalho para a produção de cuidados. No entanto, esses recursos ainda não são reconhecidos por todos os profissionais como elementares no trabalho das equipes. As ações que buscam respostas imediatas traduzem, indiretamente, a disseminação do modelo biomédico. Além disso, a gestão municipal ainda precisa definir, ajustar, explicar e tornar mais claro seus objetivos na condução das ações e serviços no sistema de saúde, em especial na SF e AB.

5.3 O trabalho em equipe: do agrupamento de trabalhadores à articulação e complementariedade do trabalho

De modo geral, o trabalho é permeado pela comunicação e interação de seus agentes, sendo uma prática na qual os envolvidos acordam a um projeto comum. A relação recíproca entre o trabalho e interação caracteriza o trabalho em equipe. Assim sendo, o trabalho em equipe se constitui em uma prática fundamentada na comunicação entre os profissionais de forma a viabilizar a execução de tarefas no cotidiano, tendo em vista que os agentes operam a articulação das intervenções por meio da mediação da linguagem. Portanto, a articulação das ações e a interação dos trabalhadores são inerentes ao trabalho em equipe (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000).

Importante dizer que para Ciampone e Peduzzi (2000), no processo de trabalho em saúde, a denominação *equipe* faz referência a uma situação de *trabalho* na qual são produzidos cuidados para atender as demandas e as necessidades dos usuários dos serviços de saúde.

O trabalho em equipe foi trazido pelas entrevistadas nas duas modalidades de equipes discutidas no estudo de Peduzzi (2001). A autora explicita que na *equipe agrupamento*, cada trabalhador executa as atividades técnicas que lhe são atribuídas, de forma justaposta ou sobrepondo-as, fragmentando o trabalho. Já na *equipe integração*, os diferentes trabalhos são articulados e complementados de maneira que os profissionais interagem por meio: da comunicação, da construção de um projeto assistencial comum, de atividades diferentes (que se referem aos distintos saberes) e desiguais (que se relacionam aos valores e normas sociais conforme a hierarquização dos distintos profissionais) e de autonomia técnica, política e social de cada grupo profissional.

A comunicação pode ser considerada externa ao trabalho quando é utilizada como ferramenta técnica sem que esteja colocada a perspectiva do agir-comunicativo⁵⁵. Ela pode assumir um caráter estritamente pessoal, associando a relação interpessoal à produção do cuidado – processo em que também não ocorre o agir-comunicativo. Ademais, pode ser intrínseca ao trabalho no qual há linguagem, objetivos e propostas comuns, caracterizando o agir-comunicativo (PEDUZZI, 2001). Em relação ao projeto assistencial comum, a divisão técnica-social do trabalho e a autonomia profissional, tais aspectos já foram apresentados, sucintamente, na Introdução.

Com base nos constructos *de equipe agrupamento e integração*, interpretaram-se as falas das enfermeiras, sendo que E8 arrisca uma definição das modalidades de equipe que se aproxima do apontado por Peduzzi (2001).

“Agora, é evidente, a equipe também é uma coisa muito boa, mas uma equipe que trabalhe em equipe, né? Porque o trabalho de equipe, eu acho que é meio diferente de trabalho em equipe. [...]. Eu acho que estarmos todos juntos não quer dizer que a gente trabalha junto. E eu acho importante isso, discussões de caso, reuniões de equipe, profissionais envolvidos com questões do usuário. [...]. Então, esse trabalho em equipe e de equipe é fundamental também, porque essa estrutura toda não vai virar, você vai ter um prédio lindo, maravilhoso, claro do jeito que é e não funciona... é gente envolvida.” E8

A diferenciação que E8 faz em relação a “trabalho de equipe” e a “trabalho em equipe” parece aproximar da categorização em *equipe integração* e *equipe agrupamento* trazido por Peduzzi (2001). Entende-se que essa fala revela pistas para um trabalho voltado à integralidade do usuário, pois discutir casos e fazer reuniões de equipe, orientadas pela concepção *da equipe integração*, bem como dispor de profissionais envolvidos com o trabalho, podem favorecer a identificação das reais necessidades dos usuários para além da demanda, coadunando com o trabalho proposto pela SF.

Outras enfermeiras destacam o aspecto do projeto comum para se trabalhar em equipe e E26 ainda acrescenta que a falta de um objetivo em comum provoca problemas na equipe.

“E outra coisa que eu acho essencial para o meu trabalho é ter a equipe com esse mesmo pensamento (sobre o PSF). Porque se eu gosto de PSF, eu quero fazer PSF e a equipe não quer, não vai acontecer. Aí não é PSF, é uma UBS ou até um pronto atendimento. Então, eu acho que isso é essencial para o meu trabalho. [...]. Se a equipe não souber o que é,

⁵⁵ Carvalho et al. (2012), em uma reflexão sobre o trabalho em saúde e a intersubjetividade discutem a teoria do agir comunicativo de Habermas. Os autores apontam que em uma ação social, a interação, o trabalho e a linguagem constituem-se em uma relação dialética, sem sobreposição de um aspecto sobre o outro. Na linguagem, existem três ações: a comunicativa, a estratégica e a instrumental. A ação comunicativa se refere a um fato subjetivo que depende da linguagem para que haja o mesmo entendimento entre os interlocutores. A ação estratégica indica que um dos interlocutores busca influenciar (ou manipular) o entendimento do outro para alcançar um determinado resultado. A ação instrumental baseia-se em regras técnicas e busca um resultado definido anteriormente. Segundo os autores, Habermas destaca que a comunicação tem como único objetivo, por sua natureza essencialmente dialógica e subjetiva, promover o entendimento entre os homens e produzir acordos intersubjetivos. Essas ideias fundamentam a teoria do agir comunicativo, na qual o conhecimento se produz a partir da interação, linguagem e intersubjetividade.

porque primeiro, precisa saber como é que funciona o PSF. E se ela não quiser que seja, então, não vai ser.” E6

“Eu acho que trabalhar com a equipe satisfatória ajuda muito também, uma equipe que está envolvida, que está no mesmo processo de trabalho, com o mesmo objetivo [...] facilita muito o trabalho da enfermeira mesmo pensando: ‘A equipe toda caminha junta.’ Para mim, quando a equipe está em harmonia, [...] engajada, fazendo da maneira como a gente acha que é o mais correto, cumprindo nosso papel, eu acho que são os momentos em que eu me sinto mais realizada. [...]. Quando eu vejo que cada um está desempenhando sua função da maneira adequada, da maneira que deve ser, com o objetivo final que é o cuidado do paciente que é o nosso objetivo final, eu me sinto bem tranquila, bem realizada.” E18

“Porque você quer trabalhar de uma maneira harmoniosa, mas tem dificuldades, porque as pessoas não são iguais, as pessoas não pensam as mesmas coisas que a gente, [...] enfim, elas às vezes não estão na mesma toada, na mesma lógica de pensar que o outro, não estão com o mesmo objetivo do trabalho e aí é onde os problemas aparecem. Então, eu acho que eu já apaguei vários incêndios desde que eu cheguei aqui, mas eu não considero que o serviço está redondo como eu gostaria que ele fosse. Mas eu acho que com empenho, determinação e trabalho diário, a gente consegue chegar lá.” E26

E18 e E26 sinalizam que, se todos os integrantes da equipe tiverem o mesmo objetivo no trabalho, não haverá conflitos e isso facilitará a execução das atividades. Pelas ideias de Ciampone e Peduzzi (2000), Peduzzi (2001) e Carvalho et al. (2012) depreende-se que no trabalho as relações interpessoais são permeadas pela subjetividade que pode propiciar entendimentos diferentes de uma mesma mensagem, fato que pode gerar, inevitavelmente, conflitos entre as pessoas.

Nesse sentido, Fortuna (2003) refere que a equipe se forma pelo encontro entre as diferenças e as subjetividades e não pela igualdade ou semelhança entre pensamentos, interpretações, atitudes, desejos e objetivos. Assim sendo, as equipes e os trabalhadores são produzidos pelos serviços, ao mesmo tempo em que os serviços e os trabalhadores produzem as equipes em um constante movimento dinâmico por meio da troca de subjetividades.

Chama a atenção a perspectiva da “harmonia” no desenvolvimento do trabalho trazida por E18 e E26 sendo, sem dúvida, uma contradição tendo em vista que diferenças e desigualdades propiciam o seu desenvolvimento, como bem afirmam Peduzzi (2001) e Fortuna (2003). Entretanto, nessa contradição está colocada igualmente o desafio de construir uma lógica de entendimento e de ação diferenciadas.

Vários relatos se alinham à perspectiva da *equipe integração*. Algumas enfermeiras trouxeram exemplos de atendimento ao usuário onde, implícita ou explicitamente, estão presentes os aspectos que definem esse tipo de equipe. E20 refere interação e integração com o médico da equipe e E9, com a equipe mínima; E26 e E25 relatam interação com a equipe multidisciplinar. Essa interação, integração e articulação do trabalho que permitem planejar o cuidado com mais

assertividade para resolver as demandas e necessidades dos usuários também foi destacada nos estudos de Chagas e Vasconcelos (2013), Costa et al. (2014) e Fernandes et al. (2015).

“Por exemplo, se eu estou em um atendimento e aí eu vejo que tem alguma queixa ali, alguma demanda que vai além do que eu possa intervir, eu peço ajuda do médico para avaliar junto comigo para me ajudar ali na conduta, entendeu? Então, muitas vezes eu faço atendimento compartilhado com o médico ou com outro profissional da equipe. Quando eu vejo que vai além do que eu posso atuar, precisa de uma atuação complementar [...]. Aí eu solicito ajuda do profissional para me ajudar, de outro profissional. Geralmente médico. Se eu estou fazendo uma consulta, por exemplo, de teste do Pezinho, aí eu avalio a criança e eu vejo que a criança [...] ou a puérpera está com alguma queixa, por exemplo, de febre ou de infecção local, mastite, acontece muito. [...]. Se tem uma mulher com mastite, eu oriento a ordenha, os cuidados com a mama, amamentação e tudo, mas, às vezes, com a mastite, precisa de antibiótico, então, eu solicito avaliação médica para ele fazer a parte dele ali que é a parte da medicação. Então assim, às vezes (o meu trabalho), depende sim, depende bastante (de outros trabalhos).” E20

“(A reunião) acontece duas vezes por semana, ela tem duração de uma hora, então, são duas horas semanais em que senta a equipe que está naquele momento disponível e a gente faz discussão de famílias. [...]. Não é reunião, só de famílias. Então, por exemplo, eu atendi uma criança que eu acredito que ela está, sei lá, sofrendo violência, ou eu achei estranho o comportamento da mãe e foi um primeiro atendimento. Eu levo e coloco para a equipe: O que vocês acham, como que eu posso abordar ou um outro profissional pode abordar? É um momento em que o médico diz: ‘Ah, eu conheço essa mãe, ela é assim mesmo.’ Ou então, o agente comunitário diz: ‘Ah, eu posso fazer uma visita para ver se eu consigo enxergar de outro ângulo.’ Então, a gente coloca na roda situações de atendimentos, essas duas reuniões são para isso.” E9

“E (os profissionais da equipe multidisciplinar) atendem também, fazem visita, [...] é um trabalho muito completo e auxilia demais a gente. [...]. Tem condição de somar o nosso trabalho, só agregar. Eu falo que [...] eu não consigo imaginar a unidade sem a equipe multi. Pensar que eles são profissionais flutuantes aqui. É muito difícil eu pensar sem, porque tem muita demanda que a gente consegue compartilhar. E assistir melhor aquele paciente que vem buscar a assistência aqui, não consigo. Então, eu acho que tê-los no serviço só soma.” E26

“A equipe multidisciplinar, que são os outros residentes, passa para a gente, eles fazem um matriciamento em relação, vamos supor: Eu estou atendendo uma paciente obesa ou acima do peso, ou que quer fazer um acompanhamento nutricional. Ao invés de eu marcar essa paciente direto com a nutricionista, ela faz um matriciamento com a gente. Então, ela vai falar: ‘Mas enfermeira X, por que você acha que essa paciente precisa passar pela nutricionista? Porque ela é obesa? E o que ela come? Então, olha, se ela come o carboidrato junto com...’ Você mesmo pode orientar que isso não pode ser feito ou uma paciente que vem com uma dor no ombro, a fisio chega para a gente e fala: ‘Enfermeira X, como é essa dor dessa paciente?’ A gente explica e a gente automaticamente é matriciada por esses outros profissionais para a gente... uma vez que eles não estiverem aqui, a gente saber dar alguma informação ou ajudá-lo de alguma forma. Então, é isso o que a gente chama de matriciamento. [...]. Para não ficar só naquela coisa de encaminhar. Então, ao mesmo tempo que eles nos ensinam, para a gente passar para o paciente um pouquinho de cada coisa que a gente vai aprendendo. [...]. Algumas vezes a gente encaminha para [...] o profissional sozinho, mas eles tentam ao

máximo fazer esse matriciamento. Então, hoje eu estou te encaminhando para a fisio, mas ela já conversou comigo a respeito do que era o seu caso, o que eu poderia ter feito, na consulta dela algumas vezes eu posso participar, assim como ela participa das minhas consultas.” E25

As falas acima parecem convergir com as ideias de Ellery, Pontes e Loiola (2013) quando estes autores afirmam que o compartilhamento e a socialização das diferentes práticas e saberes podem romper com a fragmentação do trabalho e construir a interprofissionalidade⁵⁶ na SF.

Apesar de algumas enfermeiras terem trazido nas entrevistas alguns pontos referentes à organização do trabalho sob a ótica da *equipe integração*, na prática do cotidiano do trabalho, a observadora não captou nenhum momento no qual as equipes de saúde interagiram conforme os constructos da *equipe integração*. Em uma das observações da USF 3, a interação entre a técnica de farmácia, a Enfermeira 1 e a médica de uma das equipes diz respeito à articulação da organização dos diferentes núcleos de atuação que apontam, de certa forma, uma contradição entre o que é dito e o que é vivido.

Início da OBS da USF 3: 15h35min

Funcionária da farmácia entra na sala compartilhada e pergunta para a Enfermeira 1: *“Fulana, essa usuária é sua? Ela trouxe uma receita de benzetacil a cada sete dias por três semanas, mas não tomou uma dose no dia certo. Você sabe se tem que começar tudo de novo?”*

Enfermeira 1 olha para a funcionária, pede a receita e diz: *“Só um minuto que eu vou ver com a doutora. Pede pra ela aguardar.”*

Funcionária: *“Tá.”* (E sai da sala).

Enfermeira 1 dirige-se ao consultório de médica da equipe, bate à porta, entra e as duas conversam. Em instantes, Enfermeira 1 sai da sala, dirige-se à farmácia e diz à funcionária: *“Fulana, tem que recomendar.”*

Funcionária: *“Ela (a médica da equipe) tem a justificativa?”*

Enfermeira 1: *“Não.”* Funcionária entrega à enfermeira o impresso que deve ser preenchido pela médica. Funcionária pergunta: *“Ela vai fazer agora?”*

Enfermeira 1: *“Não, ela acabou de chamar paciente. Vai demorar um pouco.”* Enfermeira 1 retorna à sala, senta-se, acessa o sistema, confere os dados da usuária e preenche o impresso.

Funcionária entra novamente a sala: *“Ela foi embora, disse que não pode esperar. Amanhã ela volta.”*

Enfermeira 1: *“Tá.”*

(Depois de algum tempo, médica da equipe aparece na sala, Enfermeira 1 entrega a justificativa que logo é preenchida e devolvida para a Enfermeira 1 que leva o documento preenchido à funcionária da farmácia).

Término da OBS da USF 3: 15h50min

⁵⁶ A educação interprofissional está relacionada à formação dos profissionais de saúde que ainda pode ser uni e multiprofissional. A educação uniprofissional se desenvolve entre estudantes de uma mesma profissão de forma isolada. A multiprofissional, entre estudantes de duas ou mais profissões de forma paralela sem interação e na interprofissionalidade há aprendizagem compartilhada, com interação entre estudantes/profissionais de diferentes áreas. A interprofissionalidade difere de interdisciplinaridade. A primeira se caracteriza pela integração das práticas profissionais e a segunda, de disciplinas ou áreas de conhecimento (PEDUZZI et al., 2013).

Essa observação parece apontar que o trabalho em equipe é uma relação de ajuda e um trabalho coletivo – duas das quatro categorias designadas no estudo de Navarro, Guimarães e Garanhani (2013): trabalho familiar e idealizado, relação de ajuda, trabalho hierárquico e trabalho coletivo. Os autores alegam que para o trabalho em equipe ser considerado coletivo, em prol de um projeto comum, é necessária uma interdependência entre os trabalhadores, além da divisão de tarefas e hierarquia preestabelecida com a complementação dos saberes específicos de cada profissional.

Importante ressaltar que outras vertentes também são utilizadas para compreender o trabalho em equipe (PEDUZZI, 2001, FORTUNA, 2003). Em uma abordagem mais sensível e subjetiva, Fortuna (2003), orientada por autores institucionalistas (tais como Gregório Barenblitt), alega que no trabalho em saúde, a equipe e o trabalho são vividos como realização do que de fato acontece no cotidiano que, além de indicar o modo de operar o trabalho, entre outros elementos, produz novos caminhos ou novos cuidados que, na contramão do cardápio engessado de ofertas, abre espaço para o reconhecimento das necessidades dos usuários (FORTUNA, 2003). Essa produção da equipe se alinha às pistas e às possíveis brechas que se busca no trabalho da enfermeira e da equipe de SF para um trabalho mais integrado e integral.

Fernandes et al. (2015) apontam que as diferenças pessoais e as diversas dimensões presentes no trabalho que provocam embates entre os trabalhadores devem ser consideradas pelo líder da equipe para transformar algo inicialmente negativo em um potencializador do trabalho. Tais aspectos estão presentes nas falas das enfermeiras, em muitos momentos, traduzidos pela presença de conflitos e pela dificuldade com a gestão destes.

“Até falo muito aqui que não ligo de resolver os problemas, mas quando tem que resolver problema da equipe fica difícil. [...]. Mas isso [...] é o que mais desgasta, quando tem algum problema interpessoal mesmo, de relacionamento na equipe.” E18

“E eu percebo que o que mais me dá trabalho, que é um trabalho que não é tão prazeroso, é fazer a gestão de conflitos, de equipe – principalmente. Isso é para mim, sabe os ossos do ofício? Esses são os ossos do meu ofício, porque fazer assistência direta com o paciente é o que eu mais gosto, fazer a parte de gestão, organizar as coisas, organizar fluxo, como algumas coisas serão, também é prazeroso, porque eu vejo depois os resultados, a hora que eu estou fazendo a assistência dar certo. Então, gerenciar pessoas e os conflitos [...], é a parte que eu não gosto, mas a gente precisa fazer porque a gente está aqui para isso também, né?” E26

“Até falo muito aqui que não ligo de resolver os problemas, mas quando tem que resolver problema da equipe fica difícil. [...]. A gente fica [...] o tempo todo juntos. E isso tem vantagens e desvantagens, [...] é bom pensando em um trabalho em si, [...] só que também [...] a gente conhece demais o outro, do ponto de vista pessoal e isso não é muito bom. [...]. Mas o fato também de você viver nove horas com uma pessoa que não é da sua família, que é diferente, tem nível socioeconômico e cultural totalmente diferente do seu, estimula

mais com que alguns atritos aconteçam. [...] Mas isso [...] é o que mais desgasta, quando tem algum problema interpessoal mesmo, de relacionamento na equipe” E18

Nesse sentido, a última fala encaminha para as colocações de Navarro, Guimarães e Garanhani (2013) que detectaram a diversidade cultural, educacional e instrucional como possíveis entraves para o relacionamento interpessoal e para o desenvolvimento do trabalho de equipe. Segundo Silva et al. (2014), os conflitos na equipe também podem acontecer quando não há consenso entre os trabalhadores para o cumprimento de uma norma ou regra referente à organização do trabalho na USF quando esta é pré-determinada e deveria ser seguida para padronizar o atendimento dos usuários.

Além dos conflitos interpessoais terem sido relacionados como elementos dificultadores para se trabalhar em equipe, algumas enfermeiras revelam que a falta de comprometimento dos trabalhadores também interfere negativamente no trabalho, desmotivando os colegas que buscam renovar alternativas para a adesão do usuário às atividades da SF. Essas considerações convergem com a falta de envolvimento e de interesse de alguns profissionais da equipe em desenvolver atividades com os usuários, identificadas nos estudos de Fernandes et al. (2015), Pires et al. (2016) e Rocha et al. (2012).

“Às vezes, a dificuldade é aquela outra pessoa que está junto com você, mas que não quer trabalhar e que muitas vezes você tem que fazer o serviço dela. [...] Você tem que fazer por ela ou então, ficar aguentando muitas vezes a pessoa falando: ‘Isso não vai dar certo, que besteira, já tentamos isso várias vezes e isso não acontece.’ Então, isso é uma dificuldade porque vai desmotivando um pouco.” E29

Fernandes et al. (2015) sustentam que o comprometimento é inerente aos trabalhadores de saúde, independentemente do local de exercício de suas práticas, sendo fator elementar para o trabalho em equipe. Nas falas das enfermeiras, a ausência de compromisso, mais enfático nas tarefas propostas, foi atribuído aos ACSs que, apesar das diferenças individuais, deixam a desejar em suas atribuições, não atingindo metas de visitas domiciliares, não trazendo casos que merecem discussão e intervenção, deixando a ética de lado no relacionamento interpessoal.

“Cada agente tem o seu tempo, né? Então, tem umas que eu tenho que pegar um pouco mais no pé, tem que ser mais firme [...]. E eu tenho agente que vai, deslancha. [...] E tem uma que vai... sozinha assim, sabe? Então, essa que vai, ela já tem um (registro) com as bolinhas dos hipertensos, dos diabéticos, as crianças, né? Tem tudo bonitinho. Já cadastrou a área inteira, está top! E eu tenho a outra que eu tive que: ‘Não, vamos fazer meta então, você vai três cadastros por dia? Você consegue? Bate no tanto de porta que você puder bater. Você pega as casas que não tem cadastro, dos apartamentos que não tem cadastro, você vai bater nesses apartamentos e eu quero três por dia, tudo bem?’ ‘Tudo.’ Deslanchou também. Faltam só 45 agora de 192. Pô, um ganho em dois meses. Então assim, e isso, para quem não quer fazer... [...] Mas aí, entra na sala dos agentes, começa assim: ‘Você tem que ir mais devagar! Você está indo muito rápido!’ ‘Não, gente,

para com isso! Agora mesmo vão começar a cobrar a gente.’ Então, são coisas desse tipo, entendeu? É isso.” E6

“Dificuldade que eu encontro às vezes é (com) o agente comunitário [...]. É uma grande dificuldade, porque nem todos estão muito envolvidos com o trabalho, não tem muito comprometimento. Então assim, às vezes a quantidade de visita fica abaixo do que é esperado. Eu esperava que eles acompanhassem principalmente as puérperas, as gestantes. Então, às vezes, a gente vê que o horário de trabalho deles não está sendo muito aproveitado; a gente chega e vê que eles ficam na cozinha, ficam parados e a gente tem que fazer aquele papel de mãe: ‘Você não vai, você não foi, e aí como é que está?’ Nas reuniões também, principalmente na minha, não tem muito... por mais que eu pergunte, eu sempre pergunto como foi a semana que passou. (Eles) nunca têm muitos casos para se discutir, está sempre tudo muito tranquilo e isso me deixa um pouco preocupada, essa tranquilidade não sei até que ponto realmente está sendo acompanhado como deveria, eu acho que é a maior dificuldade, pelo menos por enquanto.” E15

“Eu [...] tenho agente comunitária muito dez, muito boa, mas eu tenho agente comunitária que eu preciso ficar puxando, porque senão a visita fica muito a desejar, a produção muito pequena, não faz aquilo que deveria fazer. [...]. Eu tenho uma agente, ela já melhorou muito, muito mesmo. Mas ainda é complicado, já tive dificuldade com a parte ética das agentes comunitárias. Porque como hoje só tem uma que mora no bairro, mas antes elas moravam, conheciam todo mundo, então, coisas que você não pode ficar comentando que às vezes vêm.” E22

“(Outra dificuldade foi) também de mostrar para o agente comunitário a importância dele dentro de casa, porque ele não conseguia identificar qual era a importância dele. [...]. Então, a gente mostrou que eles são importantes, [...] a importância [...] do acompanhamento de Saúde da Família, de identificar questões que a gente não consegue identificar numa consulta. [...]. Eles estavam muito desestimulados, não estavam entendendo muito o papel deles dentro da unidade. Então, hoje [...] as coisas estão caminhando. Eu tenho uma equipe muito mais articulada, as coisas estão fluindo, em todas as categorias, tanto dos técnicos, dos médicos, dos enfermeiros, agente comunitário [...].” E16

Essas falas convergem com os achados de Peres et al. (2011) que, ao desvendarem as dificuldades e facilidades do trabalho dos ACSs em uma USF, localizaram as diferenças pessoais, a dificuldade de visualizar a totalidade e a complexidade das ações, no conjunto daquelas desenvolvidas pela equipe e a falta de comunicação desses trabalhadores com a equipe como elementos que fragilizam o trabalho em equipe.

Peres et al. (2011) ainda mencionam que o trabalho dos ACSs ocorre sob tensão e pressão, pois ao visitarem os domicílios e receberem os problemas da população *in loco*, comprometem-se, indiretamente, com a resolução destes, seja por meio de orientação ou encaminhamento para a equipe. Entretanto, nem sempre os problemas são resolvidos conforme a expectativa dos usuários, pois esses trabalhadores são, muitas vezes, tolhidos pelos limites do cardápio de ofertas, pela organização do trabalho da equipe e do sistema de saúde.

Apesar dessas considerações, os ACSs são as figuras essenciais na SF, que fazem a diferença, especialmente, para organizar a assistência conforme as necessidades de uma

determinada população, pois eles são usuários e moradores da área adscrita e, ao mesmo tempo, integrantes da equipe que planeja e executa os cuidados de saúde para si, para sua família e comunidade (PERES et al., 2011; SAKATA; MISHIMA, 2012; SOUSA, 2002).

De qualquer forma, há sempre uma expectativa em relação ao trabalho “da” e “na” equipe, posto pela enfermeira que explicita que outros trabalhadores dependem de seu trabalho e que, muitas vezes, isto não parece acontecer na equipe, situação traduzida pelas dificuldades colocadas que não permitem que o trabalho ocorra de forma articulada, como presente na fala de E4.

“Porque assim: os outros também dependem do meu trabalho. Eu ainda brinco com as meninas, com as agentes comunitárias, que elas são meus olhos, minhas pernas e meus pés. Porque elas vêm e trazem os problemas primeiro, elas que enxergam o que está acontecendo lá, né? E eu tenho os dados. Então, isso tem que se encontrar, sabe? Assim como os auxiliares de enfermagem. Porque elas atendem o hipertenso e o diabético descontrolado ali e não passam e não chegam a passar para mim. E elas têm acesso direto ao paciente e ao médico, então, talvez fique perdido ali. E eu não tenho assim: ‘Olha, enfermeira X, paciente Fulano de tal veio com a pressão alta, eu acho que não está tomando medicamento.’ A gente nunca recebeu uma informação assim, sabe? Então, tem muito a ver o trabalho da equipe inteira, do médico também. Às vezes, o médico pega uma demanda dele e vê que o paciente não está tomando as medicações e vê que está tudo ruim, daí ele poderia mandar para cá, para o meu consultório, para fazer a pós (consulta), conversar, ver...” E4

A fala acima indica que ainda é bastante intensa a perspectiva da *equipe agrupamento* no dia a dia do trabalho, sendo que outros relatos vão na mesma direção. As enfermeiras sinalizam a fragmentação do trabalho na entrega de uma guia ao usuário e na falta de encaminhamento de usuários à enfermeira para receberem orientações sobre os cuidados a serem tomados no controle de doenças, mesmo após auxiliares de enfermagem e médicos terem detectado alterações em exames e na tomada de medicamentos.

“Essa semana eu mandei um e-mail para uma funcionária dizendo: ‘Por favor, imprima o anexo e entregue para o paciente.’ Passou-se uma semana e eu falei: ‘E aí, deu certo, imprimiu o anexo?’ ‘Que anexo? Não chegou anexo.’ Eu falei: ‘Por que você não respondeu o e-mail dizendo: Favor enviar o anexo?’ ‘Ah não, estava esperando o anexo até agora.’ O que me sugere? Que coisas sérias de maior complexidade - uma guia para um paciente para mim é uma coisa séria - e eu vou ter que ter responsabilidade porque a coisa escapa. Então, eu faço exercício de delegar, mas ao mesmo tempo a vontade é de tomar para mim porque me decepciona nesse tipo de situação. E aí eu converso com o funcionário que diz: ‘Não, não é minha responsabilidade entrar em e-mail e imprimir nada, se quiser por favor me entregue impresso.’ ‘Tá bom, da próxima vez eu tento entregar impresso.’ E aí são coisinhas e coisinhas.” E9

“Isso (do médico encaminhar o usuário para retorno/consulta com a enfermeira) não está implantado aqui. Não é rotina deles (dos médicos), eles nem sabem que eles podem fazer isso. Por exemplo, quando eu trabalhava na outra unidade, eu a outra médica de lá a gente já tinha isso. E era unidade básica normal. Então, nós tínhamos isso. Ela me passava (os pacientes que mereciam mais atenção e orientação). Você vai voltar com a enfermeira X.

Mas era uma coisa discutida entre nós. Nós que entramos nesse acordo. [...]. Aqui ... É ... às vezes, é falta de tempo, não sei ... pode ser isso.” E2

Essas falas condizem com os resultados empíricos de Fernandes et al. (2015) cujas entrevistas com profissionais de uma USF evidenciaram afastamento, isolamento e individualismo dos profissionais no trabalho. Esses aspectos que conduzem o trabalho em equipe para a vertente *agrupamento* são fortemente evidenciados em uma das observações da USF 2, na qual a equipe de saúde bucal parece ser uma equipe à parte da equipe mínima, não compartilhando seu processo de trabalho com o da USF.

Além disso, a observação revela falta de comunicação entre os trabalhadores, falta de preocupação destes com a (im)possibilidade de o usuário retornar à USF em um outro momento, falta de flexibilização de horário e normas, nas quais o usuário deve se encaixar para obter a resposta para o seu problema de saúde.

Início da OBS da USF 2: 09h50min

Usuária aparece na porta do consultório da Enfermeira 1, segurando um papel e o seu prontuário e pergunta (em pé): *“Enfermeira, você pode me entregar o encaminhamento que a dentista mandou eu vir pegar até hoje?”* (E mostra o papel para a Enfermeira 1 que está sentada em frente ao computador da mesa).

Enfermeira 1 lê o papel e diz: *“Fulana, a dentista e a técnica estão em reunião na Secretaria e eu não posso mexer na sala delas.”*

Usuária explica calmamente: *“Eu tenho consulta médica agendada pra hoje às dez e aproveitei pra pegar o encaminhamento junto com essa consulta.”*

Enfermeira 1 reforça: *“Desculpe, mas eu não posso entrar na sala da odonto”.*

Usuária pergunta: *“Mas como eu vou fazer então? Eu trabalho, não posso vir outro dia.”*

Enfermeira 1 diz: *“Mande alguém vir buscar pra você amanhã, pois hoje elas não estão aqui. E tome o número da Ouvidoria. Ligue lá e conte isso, nenhuma delas avisou ou deixou encaminhamento para ser retirado hoje.”*

Usuária: *“Nossa...”* (Usuária sai da sala desapontada, senta na sala de espera e aguarda a chamada do médico). A observadora se aproxima da usuária, se senta ao seu lado e pede para ver o papel que a usuária carrega. Usuária diz que o encaminhamento é para fazer um canal e que até hoje a dentista daria o encaminhamento para ir ao local. Usuária diz que a equipe da odonto poderia ter deixado o encaminhamento na recepção ou com alguém sabendo que elas não estariam na unidade hoje, sendo a data limite para retirar o documento. Usuária desabafa com a observadora: *“Sabe, a gente tem que tratar as pessoas do jeito que a gente gostaria de ser tratado, mas não quero prejudicar ninguém. A dentista atende super bem, não tenho reclamação dela; o que eu estou reclamando é dessa situação, só. E agora, o que eu vou fazer?”.*

Observadora e usuária (falando calmamente) conversam sobre as dificuldades no atendimento enquanto ela aguarda ser chamada pelo médico que parece estar um pouco atrasado com as consultas. Depois de algum tempo, a médica residente chama a usuária e a observadora retorna ao consultório da Enfermeira 1. [...].

Depois de algum tempo, a técnica em Saúde Bucal cruza em frente ao consultório onde estão a Enfermeira 1 e a observadora, se dirigindo para a sala da odontologia. Ela retorna e diz à Enfermeira 1: *“Enfermeira, pode pedir para a Fulana me procurar depois da consulta que eu entrego o encaminhamento.”*

A Enfermeira 1 aguarda alguns instantes e vai à sala de espera procurar pela usuária.

Enfermeira 1 avista a usuária que está na sala de coleta agendando os exames e diz: *“Fulana, a técnica da dentista chegou, pode ir lá pegar seu encaminhamento.”*

Usuária diz aliviada: *“Ai, que bom!”* [...].

A observadora comenta com a usuária: *“O atraso da consulta médica acabou ajudando para pegar o encaminhamento...”*

Usuária responde: *“Ainda bem.”* (E revela um tímido sorriso).

Usuária se dirige à sala da odonto, bate na porta e aguarda, pois, há um aviso que diz: *“Bata na porta e aguarde ser atendido”*.

A técnica abre a porta e usuária diz: *“Eu vim pegar o encaminhamento.”*

A técnica responde: *“Ai, agora eu estou almoçando, espera um pouco.”* (E fecha a porta da sala sem dar mais explicações: onde aguardar, por quanto tempo).

Usuária olha para a observadora, se cala e balança a cabeça negativamente. Ambas retornam à sala de espera.

Depois de algum tempo, a técnica aparece na sala de espera e entrega o encaminhamento para a usuária cujo procedimento está agendado para 26/03.

Término da OBS da USF 2: 1h45min

Nessa observação, a orientação da Enfermeira 1 para que a usuária procure a Ouvidoria e reclame da organização do trabalho da equipe de saúde bucal, parece eximir a responsabilidade da equipe mínima e da USF sobre o acontecimento, reforçando as características da perspectiva biomédica e distanciando, de certa maneira, a equipe mínima da coordenação do cuidado dentro da própria USF.

Um outro sentido captado nas falas das enfermeiras, e já apontado como fortemente presente no trabalho da USF, foi o da fragmentação do trabalho caracterizada pela realização de atividades administrativas por parte dos ACSs que auxiliam na organização do fluxo de usuários, bem como de outros profissionais que são convidados para ministrar palestras em eventos comemorativos que parecem ser isolados das demais atividades da USF, quando comparados aos grupos de educação em saúde.

“Os agentes vão fazer visita, alguns agentes ficam na coleta e ajudam dentro da unidade, pegam a guia dos pacientes ali fora, organizam aqui dentro, ficam direcionando, eles têm uma escala disso.” E2

“Cada mês é um mês comemorativo de alguma coisa. Então, agora em setembro tem também o Setembro Amarelo que no dia 22 vai ser uma palestra com o pessoal do Centro de Valorização à Vida, o bombeiro e uma psicóloga. [...]. Então, eles vêm, a gente vai fazer uma palestra na recepção, vamos chamar as unidades vizinhas, os usuários. E mês passado foi a campanha de hepatite que a gente fez também extramuros, o teste rápido e teve também a amamentação. Aí mês que vem tem do câncer de mama. Então, cada mês tem um evento. Então assim, a gente não tem um grupo fixo por conta de que são muitos eventos, muitas datas que a gente tem que sempre organizar.” E15

As enfermeiras trouxeram vários aspectos referentes ao trabalho em equipe que foram relacionados às modalidades de *equipe agrupamento* e *equipe integração*. A primeira foi caracterizada pelo trabalho fragmentado e desarticulado entre os integrantes da equipe que

remetem às propriedades, já discutidas, da lógica biomédica de atenção. A segunda revela pistas nas quais a produção de cuidados ensaia uma reformatação dessa perspectiva de assistência.

Houve ênfase para o trabalho dos ACSs na equipe que, apesar das dificuldades relatadas no cotidiano do trabalho pelas enfermeiras, são peças-chave para o desenvolvimento da SF e quebra da hegemonia biomédica. Portanto, essa realidade é uma contradição no trabalho que, por um lado revela pistas para um atendimento menos padronizado e engessado e, por outro, precisa de ajustes. Ajustes que favoreçam brechas por meio das quais se valorizem as subjetividades no trabalho para este ser organizado como *equipe integração*.

Segundo Peres et al. (2011), uma das formas de criar espaços para a subjetividade no trabalho é a implementação da Educação Permanente em Saúde (EPS) que incentiva a problematização do cotidiano em busca de soluções dialógicas e conjuntas que acontecem por meio das relações interpessoais nas USFs.

A EPS também é designada por Sousa (2002) para oferecer, aos trabalhadores, a oportunidade para desenvolverem habilidades conceituais, procedimentais e atitudinais com vistas à abordagem comunitária e coletiva das necessidades de saúde dos usuários. Nesse sentido, a EPS é considerada um valioso instrumento para suavizar as práticas biomédicas objetivas e individualistas no contexto da SF.

5.4 O trabalho das enfermeiras: identificando brechas para o reconhecimento de necessidades dos usuários na perspectiva da integralidade da atenção

5.4.1 O núcleo de atuação das enfermeiras: uma primeira aproximação

Início da OBS da USF 3: 07h50min

Funcionário da recepção aborda a Enfermeira 1 que está passando pela sala de espera e diz que recebeu uma usuária e um recém-nascido como consulta médica.

Enfermeira 1 se vira para as pessoas que estão sentadas na sala de espera, reconhece a usuária e seu recém-nascido, se volta ao funcionário e diz educadamente: “*É pra mim. Agendaram errado. Pode cancelar pra médica e pôe pra mim, que eu vou atender.*”

Enfermeira 1 entra na sala que é compartilhada entre as enfermeiras da unidade, prepara o material para a coleta do teste do Pezinho. Enfermeira 1 preenche os dados do recém-nascido na ficha de identificação do teste do Pezinho e anota no livro de controle. Enfermeira 1 sai da sala, dirige-se à recepção e chama a usuária pelo nome que se levanta e segue a Enfermeira 1, acompanhada do pai do recém-nascido.

Enfermeira 1: “*É o segundo, né? Como foi?*”

Puérpera e pai do bebê se sentam nas cadeiras de frente para a mesa da Enfermeira 1. Puérpera se senta lentamente e reclama de dor: “*Tá doendo lá embaixo.*” (E relata sobre o trabalho de parto).

Enfermeira 3 entra na sala, deixa um prontuário com a Enfermeira 2, fala algo que não foi possível ouvir e se retira da sala.

Enfermeira 1 anota os sinais vitais da puérpera e faz anamnese.
Funcionária entra na sala e avisa a Enfermeira 2 que uma paciente chegou.
Enfermeira 1, que parece incomodada com o entra e sai de pessoas na sala, se levanta e fecha a porta do consultório.
Enfermeira 1 e puérpera conversam em tom de voz agradável e respeitoso.
Enfermeira 3 abre a porta e entra na sala, deixa a porta aberta e pergunta para a Enfermeira 1: *“Ela vai passar com você?”* E sai da sala deixando a porta aberta.
Enfermeira 1 responde sim com a cabeça.
Enfermeira 1 diz à puérpera: *“Hoje a gente vai fazer o exame do Pezinho, pesar e depois ela vai passar com a doutora X.”*
Enfermeira 1 se levanta, pega o bebê no colo, o apoia na maca, puérpera se levanta e se posiciona ao lado da Enfermeira 1. O pai do bebê continua sentado.
Usuária aparece na porta da sala e pergunta: *“É aqui que vocês dão esse potinho?”* (E mostra o potinho no qual se coleta fezes).
Enfermeira 1 se volta para a usuária que está em pé na porta e diz: *“É lá no acolhimento.”*
Enfermeira 3 entra na sala novamente, aproveita que a Enfermeira 1 está junto à maca e senta-se junto à mesa ocupada pela Enfermeira 1 e junta suas coisas.
Enfermeira 1 orienta a puérpera sobre os cuidados com o recém-nascido.
Aluno de medicina entra na sala e pergunta sobre um atestado.
Funcionária entra na sala, se aproxima da Enfermeira 3 que está juntando suas coisas, diz algo que não foi possível ouvir e sai da sala em seguida.
Enfermeira 1 continua o atendimento ao recém-nascido enquanto Enfermeira 3 e 2 conversam entre si. Enfermeira 3 sai da sala com suas coisas e Enfermeira 2 diz: *“Quando você sair, feche a porta, por favor.”*
Enfermeira 1 continua o atendimento, termina o exame físico no bebê e diz para a puérpera: *“Pode vestir ela e deixa os pezinhos de fora.”*
Enfermeira 1 se paramenta, puxa uma das cadeiras, se senta e orienta a puérpera a posicionar o bebê e a permanecer em pé enquanto realiza o procedimento.
Puérpera: *“Ela tá espirrando bastante. Será por causa dessa poeira?”*
Enfermeira 1 explica a vida intrauterina e a adaptação do bebê extraútero e diz: *“Me lembra de no final eu te dar soro fisiológico pra você passar no nariz dela. Ela dorme com você?”*
Puérpera: *“Ela dorme do meu lado, no carrinho.”*
Enfermeira 1: *“E o pai, tá ajudando?”*
O pai do bebê revela um tímido sorriso e a mãe responde: *“Tá sim.”*
Durante a execução do teste, bebê não chorou, ao final, resmungou um pouco e Enfermeira 1 pergunta: *“Ela acordou?”*
Enfermeira 2 participa do atendimento dizendo: *“Ela é boazinha!”*
A médica da equipe da Enfermeira 1 bate na porta, entra e diz para a Enfermeira 1: *“Fulana, você pode vir aqui um minuto?”*
A puérpera e o pai parecem não se incomodar com a interrupção no atendimento e Enfermeira 1 se ausenta da sala por alguns instantes. Mãe se senta e aguarda o retorno da Enfermeira 1.
Em instantes, Enfermeira 1 retorna à sala, fecha a porta, puxa uma cadeira e se senta de frente para a mãe que está com o bebê no colo e diz: *“Posso ver suas mamas?”*
Puérpera levanta a blusa e mostra uma das mamas. Enfermeira 1 palpa e pede para a mãe colocar o bebê para mamar. Enfermeira 1 observa a pega e as duas conversam sobre o aleitamento materno.
Pai diz: *“É verdade que o leite de saquinho é melhor que o leite de caixinha, por causa da gordura?”*

Enfermeira 1 orienta sobre os diferentes tipos de leite artificial.

ACS bate à porta, Enfermeira 2 se levanta da cadeira onde está sentada, se posiciona ao lado da Enfermeira 1, pergunta algo que não foi possível ouvir e Enfermeira 1 responde que sim.

Enfermeira 2 se volta para a ACS que está na porta, faz um sinal de positivo e ACS fecha a porta e vai embora.

Aluna de medicina bate à porta, entra e pergunta: *“Posso pegar o que eu mandei imprimir?”*

Enfermeira 2 diz que sim, aluna entra, pega o que imprimiu, agradece e sai da sala.

Enfermeira 1 continua o atendimento e diz para a puérpera: *“Posso ver a outra?”*

Puérpera mostra a outra mama e as duas continuam conversando em tom agradável.

Enfermeira 1: *“Você pegou o sulfato ferroso?”*

Puérpera: *“Não, eu tenho. E o soro?”*

Enfermeira 1: *“Vamos lá na farmácia.”*

Enfermeira 1, pai, puérpera e bebê se dirigem à farmácia. Enfermeira 1 pega algumas ampolas de soro fisiológico e entrega para a mãe que agradece. As pessoas se despedem e o casal vai embora com o bebê.

Término da OBS da USF 3: 09h10min

O tema sobre O trabalho da enfermeira foi iniciado apresentando uma das observações da USF 3 que reúne vários aspectos do trabalho já tratados anteriormente e dispara um conjunto de questões relacionadas ao núcleo de atuação da enfermeira na SF. Em seu núcleo de atuação são evidenciadas pistas e brechas para um atendimento mais integrado e integral que permite a leitura das necessidades apresentada pelos usuários, bem como pontos dificultadores para o exercício do trabalho, em especial para a produção e gerenciamento do cuidado.

Nessa observação, verificou-se inicialmente que a usuária e seu recém-nascido parecem ter sido agendados pela maternidade, equivocadamente, para a médica da equipe sendo que a enfermeira é a responsável por realizar o primeiro atendimento, na USF, da puérpera e do bebê após o nascimento. Apesar do engano, a situação evidencia um trabalho em rede. A recepção parece notar que houve um equívoco nesse agendamento e avisa a Enfermeira 1 que reconhece o desvio e logo se prontifica para atender o binômio mãe-bebê, contornando a confusão no agendamento pela maternidade. Nessa situação, a Enfermeira 1 aproveitou a brecha que se abriu com a presença do binômio mãe-recém-nascido na USF e com a sua disponibilidade para o encontro.

Durante a consulta, vários trabalhadores e alunos interrompem o atendimento, nem sempre buscando orientações com a Enfermeira 1 que atende o binômio, mas solicitando materiais ou outros trabalhadores que estão na sala, compartilhada pelas enfermeiras da USF, onde o atendimento é realizado. Os trabalhadores buscam respostas imediatas para suas demandas, reproduzindo o modelo do imediatismo de ações fruto do modelo biomédico de atenção. Além disso, o desrespeito à privacidade do usuário durante o atendimento da Enfermeira 1, em que pese

seu constrangimento, reafirma a falta de ambiência e a falta de preocupação dos profissionais para com os usuários nessa consulta, verificada também em outras USFs.

Em meio às constantes interrupções, a Enfermeira 1 parece tentar organizar, executar e gerenciar o cuidado no sentido de manter o mínimo de privacidade do bebê (que é despido para que o exame físico seja executado) e da mãe (que mostra suas mamas para avaliação do aleitamento materno) no entra e sai dos trabalhadores, dispondo de tecnologias⁵⁷ que operacionalizam o cuidado em consonância com as demandas e necessidades do binômio.

Diante dessa perspectiva, a organização, a execução e o gerenciamento do cuidado como elementos do processo de trabalho da enfermeira representam os constructos teóricos propostos por Felli e Peduzzi (2005) que se alinham ao referencial adotado neste estudo – o processo de trabalho em saúde (MENDES-GONÇALVES, 2017).

Para as autoras, a transformação do objeto de trabalho se desenvolve para prevenir doenças, promover, tratar ou reabilitar a saúde, mostrando possibilidades para os usuários melhorarem a qualidade de vida, emancipando tanto os usuários quanto os profissionais em suas práticas. Nesse sentido, os trabalhadores de enfermagem transformam um objeto – homem portador de necessidade – utilizando um saber específico, bem como instrumentos próprios, por meio de sua força de trabalho (FELLI; PEDUZZI, 2005).

Ainda para essas autoras, o processo de trabalho na enfermagem se constitui em uma rede de subprocessos ou dimensões designadas de cuidar ou assistir, administrar ou gerenciar, pesquisar e ensinar, sendo que cada uma pode ter seus próprios objetos, meios e instrumentos (FELLI; PEDUZZI, 2005). As autoras afirmam que as intervenções da enfermeira se constituem em dois processos de trabalho que estão interligados: o processo do cuidar e o processo de administrar o cuidado em si e todos os aspectos referentes a ele.

Importante dizer que outras autoras tais como Sanna (2007) e Kirchhof (2003) trazem outras interpretações dos elementos que envolvem o processo de trabalho da enfermeira. Sanna (2007) afirma que há mais de um processo de trabalho que pode ou não ser executado simultaneamente a outro. A autora os define como: o processo de trabalho assistir, o processo de trabalho administrar, o processo de trabalho ensinar, o processo de trabalho pesquisar e o processo de trabalho participar politicamente que permeia todos os outros processos.

⁵⁷ Neste caso, a Enfermeira 1 utiliza a tecnologia *leve-dura* representada por seu conhecimento técnico-científico relacionado às questões que envolvem o puerpério, a puericultura e a dinâmica familiar com a chegada do recém-nascido, a tecnologia *dura* representada pelos materiais utilizados na execução do exame físico (estetoscópio, fita métrica, balança, maca, prontuário) e teste do Pezinho (agulha, algodão, cartão de registro) e a tecnologia *leve* representada pelo encontro, diálogo, escuta e orientações durante a consulta.

Apesar de utilizar o referencial teórico do processo de trabalho fundamentado em Marx, Sanna (2007) determina o objeto, os agentes, os instrumentos, as finalidades, os métodos e os produtos de cada um desses processos de trabalho, compartimentalizando esses elementos e não trazendo, por exemplo, a educação ao usuário como objeto do processo assistir e ensinar e as tecnologias leves como instrumentos de todos os processos de trabalho, o que vai na contramão dos resultados desta pesquisa, limitando o diálogo com esses constructos, a análise e a discussão dos dados obtidos.

Para Kirchhof (2003), o trabalho da enfermagem tem especificidades próprias que dizem respeito à prestação do cuidado, à sua intermediação na equipe e à educação em saúde que estabelecem as três dimensões do processo de trabalho por ela adotadas: assistencial, gerencial e educativa que tanto podem ocorrer simultaneamente ou priorizando uma em detrimento das outras. A autora inclui na dimensão educar a vertente da educação ao usuário e as possibilidades de ensino e formação na enfermagem, destacando a importância do trabalho vivo em ato nos processos de trabalho.

Entretanto, ao abordar os elementos constituintes do processo de trabalho, alega que a finalidade decorre da interpretação das necessidades dos usuários e que “jamais se pensa em produzir algo que não atenda à necessidade para a qual foi elaborado um projeto de trabalho” (KIRCHHOF, 2003, p. 671).

As ideias de Kirchhof (2003) permitem resgatar uma parte dos resultados analisada e discutida para concordar, em termos, com a autora. Verificou-se anteriormente que a perspectiva biomédica unilateraliza a leitura das demandas, nem sempre permitindo uma leitura mais ampliada da demanda no sentido de captar as reais necessidades dos usuários na SF. Assim sendo, a finalidade do trabalho na SF (para um atendimento integrado e integral) pode ser idealizada e não necessariamente concretizada devido aos limites colocados pela perspectiva biomédica de atenção que ainda operacionaliza o cuidado para um atendimento clínico curativo, procedimental e individual.

Os desencontros interpretativos com as concepções de Sanna (2007) e Kirchhof (2003) aproximam, em contrapartida, das interpretações de Felli e Peduzzi (2005) para apresentar, analisar e discutir os achados empíricos, tomando o processo de trabalho da enfermeira como único no qual as dimensões categorizadas por Sanna (2007) e Kirchhof (2003) se articulam.

Todas as enfermeiras entrevistadas afirmaram atender os usuários em consultas de enfermagem no domicílio e nas USFs, sendo estas espontâneas e/ou agendadas que são destinadas a grupos específicos da população. E16 declara que ao atender os usuários, avalia sua situação de saúde e agenda consulta para a médica da equipe caso seja necessário.

“À tarde a gente tem de novo um pouco de acolhimento, tenho consulta e depois é esse horário que normalmente eu sento com o agente comunitário onde a gente revê o que foi visto nas visitas, se eles viram alguma coisa que a gente precisa intervir, se precisa de uma visita... porque uma vez por semana eu faço visita e uma vez o médico. [...]” E29

“Se tem alguma falta, eu assumo o acolhimento, então, eu assumo os pacientes que chegam para demanda espontânea junto com as auxiliares. [...]. Então, eu me desloco entre demanda espontânea e essas ações programáticas na agenda de todas as linhas de cuidado que eu te falei.” E26

“A gente faz muito essa questão de identificar qual é o paciente que precisa ser atendido o quanto antes, que é como se fosse uma classificação de risco. Então, vem o paciente: Estou com isso, estou com esse exame assim e assado. Então, eu cuido também da agenda da doutora, ver onde eu posso colocar esse paciente, se ele precisa mesmo ser atendido no momento. Às vezes vem paciente que nunca passou aqui, eu acolho e identifico, já peço alguns exames para eles já virem também com esses exames prontos.” E16

Nos fragmentos: *“(...) a gente revê o que foi visto nas visitas, se eles viram alguma coisa que a gente precisa intervir (...)”* E29 e em *“(...) a gente faz muito essa questão de identificar qual é o paciente que precisa ser atendido o quanto antes, que é como se fosse uma classificação de risco (...)”* E16, denota-se que as enfermeiras levantam informações e gerenciam o cuidado aos usuários, situações que parecem ser pistas para identificar demandas e outras necessidades de saúde na perspectiva da integralidade.

E11 alega que se sente capaz de realizar consulta em qualquer situação trazida pelo usuário, entretanto, na AB a complexidade dos determinantes sociais deve ser levada em conta, pois muitas vezes, um problema trazido pelo usuário é inespecífico e indefinido, o que requer uma abordagem mais ampliada sobre seu contexto de vida (STARFIELD, 2002) com o auxílio de outros trabalhadores que detêm outros saberes e experiências.

“No dia que a gente tem consulta, agenda de consulta clínica, a gente colhe citologia, faz teste do Pezinho, faz atendimento de puerpério completo com uma revisão ginecológica completa ou consulta-saúde que pode ser uma reavaliação do hipertenso ou diabético, um aconselhamento, um planejamento familiar, alguma coisa assim. A gente conversa com a pessoa e avalia. Como eu te disse, eu me sinto capaz de fazer uma consulta de enfermagem do que quer que seja o tema dela.” E11

Alguns estudos, utilizando a perspectiva de categorização das dimensões do processo de trabalho da enfermeira, listaram as atividades realizadas na dimensão assistencial, sendo elas: consultas de enfermagem, as visitas domiciliares, o agendamento de consultas, orientações e liberação/dispensação de medicamentos (COSTA, E. et al., 2013; PAULA et al., 2013; PAULA et al., 2014; SOUZA; MANDU; ELIAS, 2013), espaços onde a enfermeira poderia ter a possibilidade de ampliar seu olhar para a leitura das necessidades apresentadas pelos usuários.

No cuidado direto ao usuário, apenas uma das entrevistadas aponta que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) está sendo implantada, gradativamente, nas consultas de

enfermagem, tomada como uma possibilidade para organizar e planejar o cuidado, sendo ainda uma pista para reconhecer as necessidades dos usuários.

“E tem as nossas agendas, hoje mesmo, veio uma puérpera com um bebezinho das primeiras consultas. [...]. Em Ribeirão, a gente trabalha em rede. A mulher vai para a maternidade, ela tem o neném, já sai com os agendamentos com a enfermeira, com o GO e com o pediatra. Então, a primeira consulta desse bebê e da puérpera é minha. Hoje teve uma gestante, que eu já estava esperando, [...] porque elas vão aparecer. Hoje apareceu a Cicrana. Então, eu já faço exame físico do bebê, já vejo a mamada, peso – foi cesárea; incisão cirúrgica, útero. Já faz tudo, a SAE... e foi implantado a SAE em Ribeirão, aos poucos a gente está implantando na consulta de enfermagem. Então, já foi do RN, da puérpera, da gestante.” E13

Apesar de a SAE documentar e operacionalizar o trabalho da enfermagem quanto ao método e recursos materiais e humanos (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN), 2018), ela deve se constituir em uma ferramenta de trabalho para se refletir, avaliar e ajustar a qualidade da assistência. Além disso, ela deve ser construída de maneira singular e compartilhada com o usuário para fortalecer o vínculo deste com a equipe. Nesse sentido, a SAE pode proporcionar um espaço de escuta para o reconhecimento das necessidades dos usuários (VARELLA et al., 2012).

Contudo, estudo recente evidenciou que a falta de tempo e de recursos humanos, o número alto de famílias cadastradas e o acúmulo de funções dificultam a implementação da SAE na SF pelas enfermeiras das equipes (VARELLA et al., 2012). Outra investigação revelou que a maior parte das enfermeiras da AB da região sul brasileira desconhece a aplicabilidade da SAE na SF, restringindo-a à área hospitalar (KRAUZER et al., 2015).

Com relação à administração ou gerenciamento do cuidado, Felli e Peduzzi (2005) afirmam que administrar/gerenciar os recursos humanos e a organização do trabalho são elementos que oferecem as condições necessárias (e adequadas) para a assistência aos usuários, portanto, devem ser tomados como objetos do trabalho.

E19 e E9 acreditam que as atividades relacionadas aos recursos humanos e à infraestrutura/manutenção das USFs não têm relação com o cuidado e dificultam a execução das tarefas assistenciais pelas enfermeiras. Assim sendo, não são tomadas como de sua competência e responsabilidade, podendo ser delegadas para outros profissionais. E19 define essas ações de caráter administrativo/gerencial como burocráticas⁵⁸ no sentido de que elas exigem disponibilidade e tempo para serem organizadas e resolvidas.

⁵⁸ A expressão *burocrática* deriva da Teoria Burocrática de Weber estudada por Matos e Pires (2006) que associaram essa e outras teorias da administração ao trabalho em saúde e na enfermagem. Essa teoria se relaciona à eficácia e à eficiência de serviços por meio da padronização de normas e regras no trabalho.

“Ah, se eu pudesse, eu faria menos coisas burocráticas, que eu não gosto muito, eu gosto mais de fazer parte clínica, de atendimento, de discutir casos. Mas às vezes tem coisas tipo, mandar correção de ponto de funcionário, eu não gosto disso. Eu acho que eu sou uma funcionária muito cara para fazer isso, sabe? [...]. Tem algumas coisas burocráticas que infelizmente fica para o papel do enfermeiro, mas são coisas extremamente... sei lá, tecnicistas, qualquer pessoa poderia fazer. Por exemplo, quebrou a torneira, aí o enfermeiro tem que mandar abrir a ordem de serviço. Então, essas coisas, se eu pudesse deixaria de lado.” E19

“Então, com certeza a minha dificuldade é a área administrativa, não tem uma rotina de prevenção, não tem uma vez no mês que passasse um funcionário para checar, por exemplo, prazo de extintor de incêndio. Sou eu que tenho que fazer quando chega um e-mail falando: ‘Por favor, verifique.’ E eu que tenho que ir. Será que é mesmo minha função? Não, não é. E eu peço alguém que pode até me ajudar, mas e aí, eu respondo aquele e-mail, se tiver uma mobilização a partir daquela resposta daquele e-mail, bem, senão eu não vou lembrar que aquele prazo daquele extintor está vencido há um mês, há dois meses, há dois anos. A gente até criou um caderno, eu e a pessoa da recepção, a Fulana, me ajuda nisso, tem um caderno das coisas mais administrativas no sentido de materiais mesmo. Limpeza de ar-condicionado, limpeza de calha, coisas desse tipo. Mas, no dia a dia, qual momento que eu tenho para olhar para isso e tratar preventivamente? Muito pouco. Quando está extremamente tranquilo eu lembro que existe esse caderno e vou lá ver, mas ele acaba ficando bem solto no meio de tanta coisa para fazer e pensar. [...]” E9

Em USFs nas quais há gerente, esse profissional assume essas atribuições que as enfermeiras designam de “administrativas” e “gerenciais”, permitindo espaço de tempo e possibilidades para que a enfermeira realize, com mais tranquilidade, as atividades assistenciais. Já nas USFs, onde não há a figura do gerente, as enfermeiras demonstram sobrecarga de trabalho devido ao acúmulo das funções administrativa/gerencial com a assistencial.

“Até que aqui tem uma vantagem que, eu achei fantástico, ter gerente na unidade. [...]. Então, as questões administrativas de estrutura física, por exemplo, aqui eu nunca fiz absolutamente nada. Isso é do gerente. Recursos humanos, é gerente, então, alguém quer tirar férias, é para o gerente que pede. Vai descontar hora, no máximo me informa se é um agente comunitário para eu saber que ele vai descontar hora, vai que a equipe inteira resolve descontar no mesmo dia, então, eles têm que comunicar e ver se eu autorizo. Mas quem faz todo o trâmite legal disso é o gerente, então, eu não me preocupo com o papel administrativo de algumas coisas [...]. Aqui eu sinto que eu fico para a assistência e isso eu achei muito bom [...]” E23

“Aqui a gente não tem (gerente), então, é mais uma função que se agrega. E o que acontece, eu tento tirar a quinta-feira de manhã para fazer essa parte mais administrativa e gerencial, normalmente é o horário que eu tenho, porque eu não tenho ninguém marcado. Só que hoje eu não consegui. Primeiro, eu tive que sondar uma paciente de manhã. [...]. Teve uma outra paciente que veio no meio do caminho para conversar uma outra questão, depois teve um paciente que teve essa síncope e depois agora antes de vir falar com você, teve um senhorzinho que chegou que tinha batido o braço. Então, eu não consegui fazer praticamente nada da parte administrativa hoje. Eu tento tirar um período na semana, tento focar nisso, mas como eu estou ali, as pessoas que precisam de mim, que querem tirar uma dúvida, tem que tirar mesmo porque eu estou ali. Se o paciente vier me chamar, eu

não vou nem falar: 'Não, não vou dar porque eu estou fazendo não sei o que.' Eu vou levantar e vou fazer, porque para mim a assistência é primordial, está na frente de tudo isso. Eu acho que isso é uma dificuldade grande também, que [...] até em reunião das enfermeiras das unidades, a gente sempre coloca, porque isso pega um tempo bom. Então, essa parte da gerência, da gestão, talvez não vá estar tão bem-feita porque eu não consigo me dedicar exclusivamente para isso ou eu vou diminuir alguma coisa da assistência para me dedicar para isso. [...]. Talvez essa seja a maior dificuldade, pensando no processo de trabalho da enfermeira, especificamente, não da equipe como um todo." E18

A maneira como algumas enfermeiras expuseram a representação que elas têm sobre o gerenciamento das atividades relacionadas à infraestrutura e recursos humanos das USFs, parece não oferecer pistas para a integralidade da atenção, pois essas ações **não** são compreendidas pelas enfermeiras, como condições organizadoras do trabalho em prol da assistência ao usuário.

Nesse sentido, Souza, Mandu e Elias (2013) reforçam a dicotomia entre o assistir/cuidar e o administrar/gerenciar, não articulando esta àquela dimensão, advertindo que o gerenciamento da USF quando atribuído exclusivamente à enfermeira pode deslocar a sua atenção sobre o seu papel na (re)construção do modelo de saúde sugerido pela SF. Dessa maneira, uma das alternativas para minimizar a sobrecarga administrativa no trabalho da enfermeira é contar com o apoio de uma equipe integrada para essas atividades ou com um profissional específico para executar essa função.

Por outro lado, E20 também enumera o preenchimento de planilhas e relatórios bem como a elaboração da escala de enfermagem como ações “burocráticas”. E25 acrescenta a essas atividades, as reuniões de equipe e a discussão de casos que parecem indicar pistas para organizar, planejar e gerenciar o cuidado conforme as necessidades dos usuários. Essas tarefas também foram classificadas como administrativas/gerenciais nos estudos de Costa, E. et al. (2013), Paula et al. (2013), Paula et al. (2014) e Souza, Mandu e Elias (2013).

“Ah, tem a parte burocrática que a gente faz, que é fechamento de... [...] planilhas para pedir material para o SAD, material de curativo. A gente faz a escala de enfermagem, escala de função dos auxiliares de enfermagem, teste do Pezinho, a gente manda para a Secretaria. Nascidos vivos, eles mandam para a gente a lista de nascidos vivos, a gente dá o retorno para a Secretaria de como está o segmento. Eu não estou lembrando muita coisa assim agora. Eu acho que é mais isso. Assim, a parte burocrática ocupa uma grande parte do nosso tempo [...].” E20

“A gente percebeu que precisa mesmo de um pouquinho mais de atenção [...] esse tipo de trabalho burocrático, pode-se dizer, gerenciamento mesmo. Então, antes eu tinha reunião com os agentes? Tinha, mas não era um dia fixo [...] e agora não, vai ser uma coisa mais certa. [...]. Eu já fazia, a gente já fazia atividades coletivas (grupos), mas isso agora está dentro da agenda, porque antes também não era dentro da agenda, se você olhasse a agenda não tinha lá escrito: atividade coletiva. Eu não tinha atendimento, mas quem olhasse aquela agenda não saberia que eu estava fazendo uma atividade coletiva, por exemplo. Então, a gente repensou no processo de trabalho aí e a partir [...] do mês

que vem vai sair o novo modelo de agenda e nós vamos testando. Vamos ver o que dá para tirar, o que dá para colocar, porque às vezes pode ser que [...] não fique bom uma coisa, então, a gente vai modificando um pouquinho. Mas agora essa relação da reunião com os agentes comunitários é mesmo para a gente estar junto, ver a programação da semana e depois no final de semana ver o que foi realizado, [...] o que eles tiveram de problemas durante a semana. A gente tem essa reunião na discussão de caso, mas eu acho que é uma coisa mais enfermeiro-agentes que é uma coisa mais fechadinha entre nós. Senão fica muito espalhado, né? E aí tem os auxiliares de enfermagem também que a gente vai fazer e a gente tem essa reunião administrativa que é de sexta-feira para a gente discutir [...] outras coisas da unidade.” E25

Por vezes, a enfermeira assume a função de “apagadora” de incêndios, sendo referência entre os demais trabalhadores para resolver os problemas da equipe e da USF.

“Bom, a enfermeira, por si, é uma coordenadora da equipe. Nós já temos essa função de coordenar. Na verdade, ela coordena tudo na unidade de saúde, não é só a equipe de enfermagem, não. Porque qualquer problema na unidade é a enfermeira. [...]. Além de apagar fogo na unidade, problemas pessoais, problema de escala, ainda nós temos que atender as pessoas. [...]. Então, nós estamos aqui para atender a população, atender os problemas da equipe e tentar ajudar da melhor forma possível.” E2

As enfermeiras reforçaram o papel de coordenação, de articulação não só dos distintos trabalhos dos profissionais da equipe, mas do trabalho da USF como um todo, sendo vista como essencial na organização do serviço.

“Eu acho que a enfermeira tem a função de articuladora da equipe; ela tem esse olhar maior de levar a equipe de enfermagem, os médicos, os agentes comunitários para uma junção do atendimento. Ela é articuladora, ela agrega todos eles. Ela acaba sendo a dita coordenadora [...] da equipe porque ela consegue agregar todos [...] os profissionais. O médico ainda tem essa coisa de ficar muito no consultório [...] atendendo. Então, às vezes, quando ele tem alguma intercorrência, ele procura o enfermeiro. O agente comunitário vai para a rua, faz as tarefas, mas quando tem alguma intercorrência, ele procura o enfermeiro. O auxiliar a mesma coisa, tem alguma dificuldade, procura o enfermeiro. Então, eu acredito que o enfermeiro é o articulador de tudo e ele que dispara as resoluções. [...].” E17

“O enfermeiro acaba sendo uma peça bem importante não só na Saúde da Família, mas em serviços de saúde, ele ajuda muito na organização do serviço [...].” E20

A fala de E20 encontra-se alinhada a uma das observações da USF 3, na qual a Enfermeira 1, sabendo da ausência da médica da equipe em um determinado dia, pede autorização ao gerente para reagendar suas consultas com a médica da outra equipe, sendo necessária a disponibilização de novas vagas na agenda *on-line*, pelo gerente, para a recepcionista remarcar os usuários. Entretanto, a Enfermeira 1 diz ao gerente que as consultas podem também ser reagendadas no horário da reunião da equipe.

Se por um lado, a Enfermeira 1 se preocupa com a remarcação das consultas médicas dos usuários – que logo perderão a profissional e terão maior dificuldade no acesso à USF e às

consultas médicas agendadas anteriormente –, por outro prioriza esse atendimento em detrimento da participação da médica na reunião de equipe, enfatizando possivelmente as ações sob a perspectiva biomédica.

Início da OBS da USF 3: 14h25min

Enfermeira 1 dirige-se à sala do gerente e diz: “*Fulano, posso reagendar as consultas da doutora X de amanhã, com outra médica? Ela não vem porque vai fazer o exame admissional na Prefeitura.*”

Gerente responde: “*As prioridades, sim.*” (Gerente abre a agenda *on-line* da médica da equipe e verifica as prioridades).

Enfermeira 1 continua: “*Eu posso agendar também pra terça, na hora da reunião.*”

Gerente diz: “*Ok.*”

Enfermeira 1: “*Tá bom, então.*” (E sai da sala).

Enfermeira 1 vai à recepção e avisa a recepcionista da equipe para remarcar as consultas da médica do dia seguinte para terça no horário da reunião de equipe.

De volta ao consultório, enfermeira 1 atende o telefone que toca.

Recepcionista, do outro lado da linha, pergunta: “*Você pede pro Fulano abrir a agenda?*”

Enfermeira 1: “*Peço.*”

Enfermeira 1 imediatamente liga para o gerente e pede para ele liberar a agenda médica. E em seguida avisa a recepcionista que ele fará isso.

Término da OBS da USF 3: 14h30min

Essas concepções sobre a função da enfermeira na coordenação, articulação, resolução de problemas e organização do trabalho encontram-se com as ideias de Bertussi e Mishima (2003) quando as autoras afirmam que articular e facilitar as relações entre pessoas, estruturas, objetivos e metas para que o processo de trabalho seja desenvolvido no serviço de saúde é uma função administrativa/gerencial. Nesse sentido, Kawata (2007) reconhece essas atribuições como próprias da enfermeira em seu processo de gerenciamento do cuidado aos usuários.

Importante dizer que o processo de trabalho gerencial na enfermagem pode obedecer a dois modelos: o racional ou o histórico-social. O primeiro é fundamentado na Teoria Geral da Administração, representadas por Taylor, Fayol e Ford, que foca o trabalho no indivíduo e nas organizações e está voltado para a produção em massa, fragmentada, verticalizada, com controle do tempo e do movimento para atender as necessidades previsíveis. O segundo não está voltado apenas para a organização e controle do trabalho, mas também para a compreensão das variadas e complexas necessidades das pessoas (FELLI; PEDUZZI, 2005).

Assim sendo, o modelo adotado para gerenciar/administrar o cuidado em uma USF pode reforçar a perspectiva biomédica (atender as mesmas demandas pontuais com cuidados padronizados e fragmentados) ou permitir o aparecimento de brechas no trabalho com vistas à integralidade da atenção (no sentido de ampliar o olhar para além das demandas e identificar as necessidades que precisam de novos cuidados).

Todas as entrevistadas realizam a supervisão da organização do trabalho dos integrantes da equipe e da USF como um todo. Segundo Silva (1997), a supervisão é uma das ações voltadas para o controle do trabalho que coordena a articulação dos diferentes trabalhos e trabalhadores. A autora afirma que na supervisão do trabalho, a educação e o controle são ações interligadas, pois a educação dos trabalhadores é necessária para que eles executem suas tarefas adequadamente, da mesma forma que o controle é fundamental para acompanhar e avaliar o desempenho dos trabalhadores na execução dessas atividades.

A fala de E9 mostra que a supervisão acontece mediante a escuta e o diálogo entre os profissionais, porém, traz, implicitamente, que a supervisão está agregada às funções assistencial e administrativa/gerencial. Apesar de a supervisão parecer ser uma atividade “a mais” executada pela enfermeira, a forma como ela acontece na equipe indica pistas para a organização, planejamento e gerenciamento do cuidado na direção da integralidade da atenção.

“Então, junto aí tem essas duas funções, essas duas atividades (administrativa e assistencial) e tem a atividade de supervisão. Uma vez por semana eu sento com os agentes comunitários e faço uma supervisão mais específica: eSUS, como é que estão as visitas, se está tendo alguma dificuldade; no final do mês a gente costuma fazer uma avaliação do mês, número de visitas realizadas, se teve alguma dificuldade de encontrar alguém. [...] E, em relação às auxiliares de enfermagem, a gente está começando agora uma supervisão mais direta no momento para a gente se ouvir por semana. Então, a gente também senta e tenta ver algumas especificidades no trabalho da enfermagem, assim, que são variadas. É desde um desconforto como a agenda médica está posta, a, por exemplo, início da benzectacil feita nas unidades; a algum paciente que elas estão com dificuldade de acompanhar, um curativo que inicialmente ia ser mais simples e que está ficando complexo. Então, são demandas diversas. [...]” E9

Um outro componente inerente aos processos de trabalho cuidar/assistir e administrar/gerenciar o cuidado é a educação em saúde. Segundo Alves e Aerts (2011), a educação em saúde é uma prática educativa que, sob a perspectiva da promoção de saúde, permite fortalecer a capacidade de escolha e autonomia das pessoas. Para que isso ocorra, os autores referem que as informações sobre saúde devem ser levantadas e discutidas de maneira simples e contextualizada, sem prescrições prontas e impositivas.

Nessa vertente, considera-se a educação em saúde uma pista por meio da qual a enfermeira pode ter possibilidades para identificar necessidades de saúde em prol da integralidade da atenção. O estudo de Silva et al. (2015) anuncia que as ações de educação em saúde estão voltadas, majoritariamente, para as atividades em grupo no espaço físico da USF ou em qualquer outro local que permita o encontro, o envolvimento e o enfrentamento dialógico de questões individuais e coletivas.

Nessa direção, as entrevistadas alegaram que as atividades em grupo são uma das atividades oferecidas aos usuários⁵⁹, cabendo destacar que as atividades em grupo que permitiram a identificação de brechas no trabalho da enfermeira para um atendimento integral e integrado serão apresentadas e debatidas adiante⁶⁰.

Importante dizer que a educação em saúde pode e deve ser desenvolvida em todos os encontros da enfermeira e dos demais membros da equipe, com os usuários, não ficando restrita à concentração de um pequeno ou grande número de pessoas. A educação em saúde com os usuários pode acontecer em consultas individuais agendadas ou eventuais, em realização de procedimentos técnicos ou qualquer outro movimento que permita desenvolvê-la na perspectiva da promoção de saúde.

Muitas das USFs onde enfermeiras foram entrevistadas constituem-se em campo de estágio de diversos cursos de graduação de diferentes universidades presentes no município. Porém, poucas vezes o tema ensino-aprendizagem foi invocado pelas enfermeiras e, quando isso aconteceu, foi de maneira geral, reforçando que a formação dos trabalhadores, na perspectiva biomédica, ainda dificulta a realização de algumas atividades e implementação de preceitos da SF, como discutido em outro momento deste estudo⁶¹.

Com relação à formação de futuras enfermeiras, E19, que assume a função de supervisora de estágio de alunos, compartilha a fragilidade e limitação dessa lógica de formação profissional para a atuação na SF.

“Eu me lembro também de uma consulta na semana passada, mas era outra aluna de enfermagem. Eu acho que o modelo que a gente forma, é ainda um modelo muito centrado no biológico. E aí a aluna fez uma consulta super boa e ela veio com várias coisas que ela pensou e eu falei: ‘Olha, sabe o que eu acho mais importante para essa menina? Ela estar na escola, ela tem 18 anos e não sabe ler e escrever. Para mim, é o mais importante para essa menina.’ Ela tem outras coisas, mas não dá para a gente ficar preso na questão biológica, que eu [...] vejo muito na formação dos alunos em geral. Talvez foi a minha também, mas eu acho que a necessidade ao longo do tempo nos faz perceber que isso não dá resposta, isso não muda. É muito pontual [...].” E19

O âmbito da pesquisa científica nas USFs foi levantado por três enfermeiras. E8 destaca a importância do incentivo à pesquisa nas USFs, pois muitas vezes o cotidiano ocupa todo o tempo de trabalho da enfermeira que parece não ter a “cultura” da pesquisa. Essa fala converge com investigação que verificou as limitações dessa prática pelas enfermeiras de uma USF, uma vez

⁵⁹ Aspectos já discutidos no item 5.2.3.3 As características do trabalho na perspectiva da SF na página 147.

⁶⁰ Serão discutidos em 5.4.3 As brechas no trabalho das enfermeiras na página 206.

⁶¹ Já discutido no item 5.2 Falando do contexto onde as práticas de saúde se desenvolvem: da perspectiva biomédica à SF na página 111.

que essas trabalhadoras se submetem à lógica tecnicista do serviço em detrimento da produção do saber científico que fica restrito à presença de universidades no campo de atuação profissional (PAULA et al., 2013).

“Então, você gasta tempo no cuidado que eu acredito que seja nossa maior parte, mas administrar leva muito tempo também da gente e a gente ainda tem que planejar o educar. Planejar o grupo. Esse planejar do educar também, agora eu acho que tem pouco tempo para pesquisar – é aquilo o que eu te falei. Estudar, a gente não tem essa cultura, entendeu? De ser aproveitado o nosso trabalho e ser revertido. E quando tem alguma coisa, por exemplo: ‘Olha, tem um evento para apresentar tal trabalho.’ Nem sempre a gente tem vontade de participar, porque estoura tanto o dia a dia que... e agora se tivesse alguém para motivar, não sei se é motivar, para estar junto, eu acho que o estar junto era melhor porque o motivar não sei se adianta: ‘Ah que legal.’ Eu acho que se tivesse junto pudesse render muitas coisas boas.” E8

E19 compartilha a experiência de uma atividade em grupo realizada pela equipe, premiada em evento científico e, diferentemente de E8, declara que a enfermeira pode participar indiretamente de muitas atividades, dando visibilidade externa ao trabalho na SF por meio de pesquisa científica. A fala de E19 também evoca aspectos ligados à integralidade, como a diversidade de ações que vão além do biológico, a participação de vários outros profissionais e a intersetorialidade, aspectos que serão discutidos mais adiante⁶².

“Por exemplo, o grupo da quadra. Eu não estou lá toda semana tocando grupo da quadra, mas eu estou planejando com eles o grupo da quadra, estou ajudando a pensar junto como a gente avalia essa atividade, que nós estamos escrevendo projetos disso, envolvendo outros setores. Então, quando a gente fez reunião com educação física, eu estava presente, quando agora, a gente está fazendo com a arquitetura lá da universidade X para tentar fazer um projeto lá na comunidade, na quadra. De pintar, de fazer algumas coisas. Então, eu não estou na ação, todas as vezes, mas eu estou na atividade meio, no sentido de você facilitar e planejar, avaliar, dar visibilidade para aquilo, que foi até um trabalho [...] premiado agora no congresso que teve esse fim de semana de Saúde Pública aqui de Ribeirão, Paulista quer dizer. [...]. O trabalho era sobre o grupo da quadra, uma atividade intersetorial no território, era algo assim, [...] foi muito legal. Porque foi uma atividade que envolveu vários setores, mobilizou muita gente e a gente está colhendo frutos bons.” E19

E23 conta que um atendimento exitoso da equipe, a um recém-nascido e puérpera adolescente com dificuldades no aleitamento materno exclusivo, seria apresentado em outro evento científico. Embora seja um fragmento que aborde a pesquisa científica, o caso aponta uma brecha importante no trabalho da enfermeira que desencadeou um trabalho em equipe e ação em rede concretizando a integralidade da atenção.

⁶² Estas questões serão abordadas no item 5.4.4 A integralidade da atenção na perspectiva das enfermeiras na página 214.

“A gente estava até escrevendo essa experiência para o Expo Saúde, da Fulana, que é uma adolescente de 16 anos [...]. Então, a gente fez o grupo de gestante e ela foi uma das que aderiu a todos os encontros do grupo. Veio direitinho no grupo [...]. Ela veio em todas as atividades com a mãe dela também, [...] na semana seguinte nasceu o neném dela [...]. Aí [...] eu marquei o teste do Pezinho para 72h [...]. Antes de 72h ela já [...] veio me procurar [...] para pedir ajuda para amamentação, porque ela estava com muita dificuldade, o peito já estava machucado. Aí já comecei a atender ela um dia antes do teste do Pezinho. Ela veio, [...] a gente já fez a ordenha e no dia seguinte veio para o Pezinho, ordenha de novo. Esse peito dela piorou, escoriou, rachou, ela teve uma mastite, ela teve tudo o que você pode imaginar no peito. Quando melhorava um, piorava o outro, teve que tomar dois antibióticos. A ginecologista atendia junto, eu não dava conta de ordenhar porque ela vinha de manhã e de tarde todos os dias na unidade para fazer ordenha, ela tinha muito volume de leite, eu cheguei até a acionar a Secretaria da Saúde, o pessoal que trabalha com aleitamento materno, porque a gente já tinha feito de tudo – banho de sol, lanolina, antibiótico e tira leite, posiciona a neném e aí tirava o leite e a gente dava o próprio leite ordenado para o neném, não teve que entrar com leite artificial. Ela ficou 15 dias nessa luta. E a gente dava o leite com uma sondinha [...] e colocava para o neném [...] que tomava todo o leite que a gente ordenhava, ganhou peso super bem o neném [...] e foi assim, a equipe inteira se envolveu, porque eu não dava conta de ficar com ela de manhã e à tarde. Tinha dia que tinha reunião, [...] que eu tinha atendimento, aí os auxiliares revezavam comigo [...] e foi. E tira leite, avalia, troca antibiótico, posiciona neném. Eu sei que hoje o neném já está com mais de um mês. [...]. O neném está no peito exclusivo [...]. E eu acho que foi uma experiência bem legal que a gente teve a equipe toda envolvida. Um atendimento complexo que era uma puérpera com intercorrência, adolescente. Tinha problemas familiares aí também, o marido mais novo que ela, adolescente também. Aí eu acho que no fim das contas foi trabalhoso. [...]”
E23

Importante dizer que o âmbito da pesquisa científica abordado pelas enfermeiras também remete a pensar na importância de pesquisar, no sentido de buscar, para além dos protocolos clínicos, evidências científicas mais modernas para resolver uma demanda clínica trazida pelo usuário. Essa vertente é confirmada por E32.

“Por exemplo, eu tenho um programinha no meu computador que ele me possibilita puxar, se eu tenho uma dificuldade, esses dias, de coqueluche – que muda muito, né? Então, eu entro por esse programinha e vou buscar quais artigos... ele me dá esse embasamento de evidência clínica para o caso de coqueluche – os fluxos mais utilizados, as medicações. Porque a gente teve um caso aqui meio atípico, nós ficamos meio perdidos e não conseguimos da vigilância, então, eu trabalho com evidência clínica, com busca. Preciso [...] de acesso livre à internet, porque eu falo que é uma tecnologia, é um recurso que eu tenho que utilizar que me ajuda a chegar à intervenção correta e de qualidade, então, eu uso evidência clínica [...]. Eu gosto muito até de trabalhar com evidência clínica.” E32

No núcleo de atuação da enfermeira, verificou-se que diversas atividades relacionadas ao cuidado direto ao usuário e à administração/gerenciamento desse cuidado são executadas. No cuidado direto ao usuário, algumas pistas e brechas para um atendimento integral e integrado foram evidenciadas, apesar da falta de ambiência no trabalho que ainda reflete a cultura do imediatismo das ações.

O gerenciamento do cuidado é organizado conforme as diretrizes de modelos administrativos de gestão e orientam a organização do trabalho e dos recursos humanos na USF, embora a enfermeira não reconheça algumas dessas ações (como manutenção da USF e mediação dos recursos humanos) como objetos do gerenciamento do cuidado. A educação em saúde e a pesquisa científica acompanham esses processos (do cuidar e do gerenciar o cuidado) que se interligam no trabalho da enfermeira, oferecendo pistas e brechas para o reconhecimento de necessidades de saúde dos usuários.

A partir do processo de trabalho da enfermeira, serão elencados os instrumentos utilizados que podem conduzir às brechas e trazer elementos concretos para efetivar a integralidade da atenção.

5.4.2 Os instrumentos de trabalho utilizados pelas enfermeiras

Para apresentar os instrumentos utilizados pelas enfermeiras em seu núcleo de atuação, serão também utilizados os constructos teóricos propostos por Merhy (2013, 2014), assim como na apresentação dos instrumentos de trabalho utilizados pelas equipes nas USFs sob a perspectiva das enfermeiras. Cabe destacar que esses constructos se alinham e aprofundam a discussão trazida por Mendes-Gonçalves (2017) sobre o processo de trabalho em saúde.

De maneira geral, as falas apontam o uso das tecnologias duras, leve-duras e leves, semelhantemente aos resultados apresentados no primeiro tema abordado⁶³ que abarcou o contexto da assistência à saúde no cenário da pesquisa. Algumas enfermeiras destacam a utilização de tecnologias duras que envolvem local privativo para atender o usuário; computador com internet e sistema informatizado que dá acesso aos prontuários, aos dados epidemiológicos, ao controle de visitas dos ACSs e aos protocolos, agenda para organizar as tarefas semanais e materiais para utilização nos atendimentos clínicos.

“Primeiro uma sala. O ambiente adequado para você fazer o atendimento, o computador que a gente precisa porque tudo agora é no HYGIA, a gente lança procedimentos, consultas, pede exame no HYGIA, imprime, então, precisa ter um computador adequado, internet que funcione. [...]. E material de uso mesmo da enfermagem, [...] de uso nosso. [...] Mais o ambiente para atendimento, o espaço físico, computador e o material. Eu acho que não precisa de mais nada, não.” E20

“Olha, [...] o enfermeiro precisa ter um local privativo. Hoje, eu tenho uma sala com computador e tudo direitinho, mas nem sempre foi assim [...]. Eu acho que na Saúde da Família é essencial isso. Então, eu tenho divã que é ginecológico, que a gente pode colher o Papanicolaou. A salinha é miúda. Mas dá para a gente fazer, porque, assim, a gente

⁶³ Em 5.2.3.4 Os instrumentos do trabalho na perspectiva das enfermeiras na página 151.

precisa ter um local privativo. Porque planejamento familiar, vem muito casal aqui, a gente precisa... O acolhimento. Eu acho essencial um lugarzinho com um computador, para a gente ter acesso aos exames, aos agendamentos. Hoje, a gente tem o eSUS, que eu preciso saber se minhas agentes estão fazendo visita, como é que está a produção, tudo direitinho. [...]. A gente precisa ter uma agenda de ter a coisa organizada, com um horário, hoje eu tenho agendamento, à tarde eu tenho a reunião de equipe, outro dia eu tenho o horário para o grupo, outro dia, outro horário é a visita domiciliar. Então, eu preciso ter essa organização no meu trabalho porque senão não consigo, a coisa vai ficando embolada, né?” E22

“Eu acho que (o que a gente utiliza no dia a dia) vai desde instrumentos de coleta de dados, que a gente tem alguns instrumentos para fazer essas coletas e os protocolos que a gente usa que já estão especificados; o sistema do HYGIA também que a gente tem, a gente consegue usar também dados epidemiológicos, essas coisas da vigilância. Eu acho que é isso, não sei mais.” E29.

A questão do espaço físico privativo como uma necessidade para o atendimento ao usuário é abordada em algumas entrevistas, entretanto, o desrespeito à privacidade do usuário, independentemente de sua condição, foi observado, em maior ou menor frequência, em todas as USFs, como já apontado. Em uma das observações da USF 1, a Enfermeira 2, ao ser acionada para trocar a sonda vesical de demora de um usuário, tranca a porta da sala de curativos para evitar a interrupção durante o procedimento técnico com o intuito de manter a privacidade do usuário que tem suas partes íntimas expostas.

Início da OBS da USF 1: 09h50min

Funcionária entra no consultório e avisa a Enfermeira 2, que está sentada em frente ao computador verificando o sistema: “O Fulano chegou.”

Enfermeira 2 responde sim com a cabeça.

Depois de alguns minutos, enfermeira se levanta, dirige-se à sala de curativos onde o usuário está deitado na maca.

Enfermeira 2: “E aí, alguma novidade?”

Usuário: “Não, só as de sempre.”

Enfermeira 2 prepara o material para trocar a sonda de demora do usuário que diz: “Viu, vou trazer meus produtos pra vender no posto.”

Enfermeira 2 e usuário conversam educadamente.

Usuário: “Vocês podem testar.” (Os produtos de limpeza que o usuário fabrica).

Enfermeira 2 observa os materiais e pergunta para si mesma: “Cadê a bolsa?” (E sai da sala).

Enfermeira 2 retorna em instantes, tranca a porta da sala e segura uma bolsa coletora de urina.

Enfermeira 2 se paramenta, pede licença ao usuário e inicia a troca da sonda.

Usuário diz: “A sonda vaza.”

Enfermeira 2 diz: “Eu já te falei várias vezes que é por causa do jeito que você deixa ela pra cima. Ó, é assim que você deve deixar pra evitar infecção e vazamento. Daí a urina não volta.”

Usuário: “Mas desse jeito não dá pra deixar.”

Enfermeira 2 pergunta: “Vai fazer o curativo hoje?”

Usuário: “Depois de tomar banho. Vou levar material.”

Usuário: “Será que o Fulano ainda tá me esperando?”

Enfermeira 2: *“Deve estar.”*

Usuário: *“Dá choque nas pernas quando troca a sonda. É reflexo?”*

Enfermeira 2: *“É, inclusive você pode ter até uma ereção. Você não gosta que prende, né? Ó, tá certinho. Tá saindo urina.”*

Usuário enrola a bolsa coletora guardando-a dentro da cueca, sobe a calça e se ajeita na maca.

Enfermeira 2 diz: *“Eu te ajudo a descer da maca.”* (E aproxima a cadeira de rodas da maca).

Usuário passa da maca para a cadeira de rodas sem auxílio e Enfermeira 2 diz: *“Deixa eu pôr o seu sapato.”*

Enfermeira 2 calça o usuário, destranca e abre a porta da sala.

Enfermeira 2 pede um documento do usuário.

Funcionária entra na sala e pergunta: *“O que você vai querer, Fulano?”*

Usuário: *“O de sempre.”*

O rapaz que trouxe o usuário à unidade aparecer na porta da sala e diz: *“Já?”*

Funcionária separa o material para curativo e entrega ao usuário que agradece.

Enfermeira 2 devolve o documento e usuário sai do consultório empurrando sua cadeira de rodas.

Depois de alguns minutos, vizinho que trouxe o usuário cadeirante à unidade entra no consultório das enfermeiras e entrega uma garrafa pet contendo um líquido azul e diz: *“Ó, o Fulano mandou vocês testar.”*

Enfermeira 2: *“Ah, tá.”*

Enfermeira 2 comenta: *“Até que hoje o Fulano estava educado, ao contrário das outras vezes que é grosseiro e chega gritando com todo mundo.”*

Término da OBS da USF 1: 10h20min

Nesse encontro, o usuário expõe a dificuldade em manter a bolsa coletora de urina na posição que evita vazamento de seu conteúdo e infecções decorrentes desse mau posicionamento. Porém, a Enfermeira 2 orienta a “posição correta” da bolsa e não questiona as razões que fazem o usuário não obedecer à “ordem”. A tecnologia leve em ação ofereceu uma brecha para a Enfermeira 2 identificar o motivo pelo qual o usuário não segue a orientação, mas a trabalhadora não aproveitou esse momento para identificar essa e outras necessidades, restringindo o diálogo às orientações de enfermagem verticalizadas sobre o procedimento técnico, reproduzindo a perspectiva biomédica de atenção.

Nessa direção, Ferri et al. (2007) mencionam que os usuários se importam com o tratamento recebido na SF e valorizam ações acolhedoras, carinhosas, respeitosas e dialógicas que reconheçam suas necessidades para além do atendimento da demanda trazida. Segundo as autoras, esses atos fortalecem o vínculo e geram satisfação dos usuários com o trabalho oferecido pelos profissionais e equipes de SF. Além disso, o uso das tecnologias leves demonstra a possibilidade da responsabilidade e compromisso dos trabalhadores com a qualidade do serviço oferecido.

Portanto, há contradições estabelecidas no trabalho, pois o espaço físico privativo para o atendimento não significa, necessariamente, um local organizado para a produção e

gerenciamento do cuidado sob a lógica da ambiência. Assim sendo, essas ações facilitadas e operacionalizadas pelas tecnologias leves podem ser ferramentas e gerar brechas para a enfermeira reconhecer e atender as necessidades de saúde com vistas à integralidade da atenção.

E19 aborda o uso de protocolos explicando que esses dispositivos orientam o trabalho clínico da equipe, especialmente quanto à solicitação de exames e ao uso racional de recursos na rede de saúde.

“Eu acho que [...] tem a questão de usar racionalmente os recursos que a gente tem; a gente tem que se basear em protocolos, em coisas que, obviamente que isso não seja um engessamento, porém a gente pensar um pouco nessa questão, por exemplo: Eu estava com um problema imenso, tanto de exames que estavam pedindo para as pacientes. E exames que as pessoas pediam, ela às vezes tinha um exame do mês passado que não colheu, o médico pedia de novo. Então, é uma alienação um pouco, ao meu ver, sendo que a gente tem algumas diretrizes, alguns protocolos que nos norteiam para tomar melhores condutas, condutas baseadas em evidências. Apesar dos protocolos não contemplarem todas as evidências, [...] é um norteamento. Então, eu acho que é isso, saber usar isso, não só ter o protocolo, mas saber usá-lo e individualizá-lo dentro daquele cuidado. [...]” E19

De acordo com Cunha (2004), os protocolos e *guidelines* são instrumentos de gestão muito utilizados e respeitados, pois são um consenso de especialistas sobre uma determinada patologia. No entanto, o seu uso excessivo e indiscriminado pode limitar e alienar a prática clínica, reduzindo a condição dos usuários às condutas técnicas formatadas que, isoladamente, não respondem à complexa variedade de determinantes do processo saúde-doença.

No contexto das tecnologias duras, E14 alega que dispõe de materiais educativos e estratégias didáticas que auxiliam nas atividades em grupo.

“Eu utilizo [...] técnicas de grupos [...] que a gente pode ser bem didática com o paciente para ele entender a importância do acompanhamento de saúde dele. [...]. Por exemplo, no grupo de gestante, a gente leva a boneca e dá o banho na boneca. No grupo de vida saudável, a gente ensina receitas para entender o reaproveitamento do alimento, o que é mais saudável. Faz as coisas para eles experimentarem. Então, são técnicas que a gente utiliza, essa coisa mais do palpável, do exemplo que a gente percebe que é mais eficiente. Não adianta você fazer uma palestra, distribuir panfletos e tal. Não, você vai falar de hepatite, de HIV, você vai fazer o teste, vai perguntar realmente sobre o comportamento dele, vai explicar coisas que ele não sabia e ele vai mais prestar atenção porque vai ser individualizado e você vai falar: ‘Você sabia que compartilhar gilete na sua casa, aparelhinho de barba também coloca em risco de contrair hepatite C, hepatite B? Um kit de manicure, quando você deveria ter um só seu?’ Então, só falar, só ter isso em cartaz não vai (adiantar). Você tem que conversar, você tem que explicar, você tem que dar exemplo do que ele vive. E assim, audiovisual, a gente também mostra. Na escola, a gente vai falar de DST, a gente mostra aquelas fotos chocantes para eles. E mostra a camisinha, o DIU, explica como é que funciona num grupo de planejamento familiar, a gente traz os métodos para eles manipularem, para eles verem. Então, tudo isso são artifícios que a

gente usa no dia a dia, em atividades de grupo que são tecnologias fundamentais aí para atingir o nosso objetivo.” E14

E14 além de discorrer sobre recursos palpáveis como boneca, fotos, imagens e receitas, compartilha seu conhecimento técnico-científico de uma maneira simples, trazendo exemplos do dia a dia dos usuários para auxiliá-los na compreensão das orientações sobre prevenção de doenças e promoção de saúde. E14 faz uso de tecnologias duras e leve-duras, colocando esse conjunto de tecnologias em operação, seu saber operante para a produção de educação para saúde aliado às tecnologias leves de forma que o que se deseja trabalhar com os usuários possa fazer sentido a eles pois: *“(...) Não adianta você fazer uma palestra, distribuir panfletos e tal [...]. Então, só falar, só ter isso em cartaz não vai (adiantar). Você tem que conversar, você tem que explicar, você tem que dar exemplo do que ele vive (...). E14”*

A fala de E14 vai na direção da perspectiva da educação em saúde proposta por Alves e Aerts (2011) e das ideias de Ferri et al. (2007) que destacam a horizontalidade nos encontros entre os trabalhadores e usuários como uma das características que pode aproximar os profissionais do contexto de vida dos usuários e assim reconhecer e atender suas reais necessidades.

Algumas enfermeiras relatam que o conhecimento técnico-científico, oriundo da formação/capacitação, discussão com colegas mais experientes e experiência profissional são importantes para compreender as necessidades dos usuários e para desenvolver o trabalho na SF. Uma delas diz que na SF as tecnologias duras amparam o trabalho, mas não são tão primordiais quanto as tecnologias leve-duras. E5 ainda fala, com certo tom de crítica, que muitos trabalhadores amarram suas atribuições às tecnologias duras, em especial ao computador.

“Se a gente for falar de tecnologia, em termos de coisa concreta, da tecnologia dura como diria o Merhy, a gente não tem muito. Tem o quê? Uma balança, uma mesa para exame e um computador. E eu acho que está de bom tamanho. Eu não preciso mais que isso para desenvolver. Insumos, embora esteja aí em um período de troca de governo, [...] faltando algumas coisas e tal [...] ainda está dando para caminhar. Mas a tecnologia que eu utilizo mais é a minha mesmo, é o meu conhecimento. Então, eu acho que a troca de conhecimento com os colegas que estão há mais tempo aqui, com as enfermeiras que tão há mais tempo, essa conversa, essa troca de conhecimento, essa busca pela informação eu acho que é a tecnologia que eu uso mais mesmo, que seria meu próprio conhecimento. Baseado no que eu já vivenciei, no que eu já cursei, no que eu estou aí cursando em termos de atualização. [...]. A tecnologia dura está servindo mais para amparo mesmo. Porque se não tivesse computador, eu estaria atendendo do mesmo jeito. Não vai me fazer diferença nenhuma. Eu anoto num pedaço de papel e depois passo, se necessário. [...]. Eu não preciso do computador para trabalhar. Tem gente que não trabalha assim. Por isso que eu sou meio avesso a esse tipo de tecnologia. Porque eu acho que muitas vezes, por causa de uma máquina, você não desenvolve o seu trabalho. [...]. Então, essas coisas não me prendem. Eu acho que o que me prende mais é a questão do conhecimento mesmo para desenvolver o processo de trabalho.” E5

“Educação permanente, que eu acho que é uma coisa simples e essencial. Porque você trabalhar em Saúde da Família, você tem que saber um pouco de tudo, né? Então, se eu vou atender criança, eu tenho que ter o meu conhecimento em puericultura. O que eu tenho que ver numa criança de um ano? [...] GO. A gente colhe o Papanicolaou, não é simplesmente colher, que eu estou olhando para uma coisa lá que eu não sei o que é, será que eu estou comendo bola de uma lesão naquele momento? Então, a gente tem que ter o conhecimento técnico e na faculdade você, muitas vezes, não tem isso. Você tem uma base de tudo. E aqui a gente está trabalhando muito isso agora. E a Secretaria também está, porque a gente teve várias capacitações esse ano [...] tudo foi organizado pela Secretaria.” E10

E10 menciona a Educação Permanente como algo essencial para o trabalho, porém ao desenvolver o raciocínio parece confundir Educação Permanente em Saúde (EPS) com Educação Continuada (EC), pois relaciona a atualização técnico-científica às capacitações oferecidas aos profissionais pela gestão municipal sob a perspectiva biomédica. Segundo os conceitos e discussões trazidas por Ceccim (2004/2005) sobre EPS e EC, pode ser apontada, sucintamente, a diferença nas abordagens pedagógicas dessas duas práticas sociais.

Em linhas gerais, a EPS coloca o cotidiano do trabalho em análise por meio de discussão coletiva dos problemas levantados pela equipe que busca reorganizar os processos de trabalho em prol de cuidados mais integrais e ampliados para responder às diversas e complexas necessidades de saúde dos usuários. Segundo o autor, a EC corresponde a uma atualização objetiva e determinada de temas específicos relacionados à prática de um grupo de trabalhadores (CECCIM, 2004/2005).

Essas ações intencionais e planejadas para o trabalho também são conhecidas como capacitação profissional e são estratégias fundamentais para enfrentar os problemas clínicos trazidos pelos usuários e orientar a produção de cuidados nos serviços de saúde. Todavia, nem toda capacitação implica em um processo de educação permanente, pois a atualização em certas disciplinas, por si só, pode não permitir a problematização do cotidiano com estímulo à reflexão sobre as práticas de saúde, pois estas não se restringem à produção de procedimentos (BRASIL, 2009).

Dessa forma, reconhece-se a relevância dos cursos de capacitação que podem orientar novas diretrizes no enfrentamento de determinados problemas de saúde e melhorar o desempenho profissional (PEDRAZA; MENEZES; COSTA, 2016), muito embora o conhecimento técnico-científico atualizado, se aplicado unilateralmente, reforça as propriedades da perspectiva biomédica na SF. Dessa forma, torna-se necessário, portanto, contextualizar esse saber operante na vida dos usuários para reconhecer e atender as necessidades trazidas **com e por** essa demanda que, *a priori*, têm uma resposta pronta da USF. Essa ideia vai ao encontro dos propósitos da EPS e se coloca como um desafio para a enfermeira e para os trabalhadores da SF.

Algumas enfermeiras indicam que muitas questões acolhidas pela AB são resolvidas com uma boa conversa e com o “olhar nos olhos”, por isso, na comunicação com o usuário, o diálogo, a escuta e o tempo para ouvir o outro são elementos essenciais para o trabalho na USF; apontam, com isso, que a utilização das tecnologias leves é fundamental.

“Aqui [...] na Atenção Básica, você não precisa de grandes tecnologias. Eu trabalho muito mais com tecnologia leve do que... Eu acho que é comunicação, o diálogo, você saber os fluxos. Isso é uma das coisas... muito imprescindível para você poder exercer, porque você não fica amarrada, nem tudo você vai resolver e aliás, nem tudo é seu mesmo [...]. Aqui na Atenção Básica se resolve muita coisa grande só no blá blá blá, viu? Parece uma bobagem, mas é só no blá blá blá. Eu tenho um colega aqui que é docente, mas ele trabalha na rede particular. Ele fala: ‘Eu não sou assistente social.’ Mas não é ser assistente social, mas para você às vezes resolver uma coisa grande, você precisa entender; para você poder entender, você precisa de tempo. Você precisa ouvir, você precisa olhar no olho, deixar a pessoa ficar à vontade, senão passa ali: ‘Estou com dor.’ E faz remédio. Entendeu?” E30

E30 faz uma interessante diferenciação entre a conversa dirigida, a escuta atenta e o “blá blá blá” colocando a comunicação como uma ferramenta de trabalho da enfermagem, de forma ampliada, articulando esse instrumento à perspectiva de reconhecer no outro a sua humanidade e considerá-lo como um sujeito portador de necessidades. Essa fala converge com as ideias trazidas na investigação de Matumoto et al. (2002) que apesar de identificar, no acolhimento aos usuários de um serviço de saúde, conversas curtas e monossilábicas dirigidas para o atendimento pontual das demandas dos usuários, a escuta, se for realizada de maneira acolhedora, atenta e respeitosa, pode permitir a identificação de necessidades para além das demandas.

Nessa direção, E11 reforça a importância do diálogo e da comunicação referindo que é possível priorizar as tecnologias leves no trabalho.

“Em primeiro lugar eu acho que o que eu mais uso que é essencial realmente é a tecnologia leve, é o diálogo, a comunicação. Não consigo ver Atenção Básica e Saúde da Família sem isso. Então, como sou eu que vou exercer fica mais fácil, porque eu posso priorizar.” E11

E9 ressalta que “ter bons ouvidos” é essencial e procura direcionar seu trabalho para ouvir os outros trabalhadores da equipe e os usuários, pois as conversas são tomadas como objetos de reflexão para (re)organizar tanto a rotina da USF e as atribuições dos integrantes da equipe quanto os cuidados para responder às necessidades dos usuários. Tais aspectos que organizam e produzem o cuidado parecem ser gerenciados pela enfermeira fazendo parte de seu processo de trabalho, tal como apontado por Felli e Peduzzi (2005).

“Essencial? Bons ouvidos. Eu enxergo que o meu trabalho é um trabalho de ouvir os profissionais e os usuários. Então, na verdade, eu procuro estar muito atenta à saúde dos profissionais também, além do usuário, que eu estou entendendo que a sua pergunta é

direcionada ao usuário, mas no meu processo de trabalho eu estou atenta a essas duas realidades. Então, o que eu quis dizer com bons ouvidos? É tanto uma escuta no acolhimento, na consulta de enfermagem que vai em direção à necessidade daquela pessoa, como no dia a dia do: 'Reclame e solta, reclame e solta.' Bebendo um cafezinho ali no corredor e aquilo: 'Ah, é assim mesmo...' Não é passado despercebido. Eu tomo aquilo como algo que é objeto de reflexão, se for o caso num outro momento eu converso individual com a pessoa ou levo para a equipe toda para a gente olhar para aquela, se tem um queixando aquilo pode ser reflexo de muito mais coisa acontecendo. Então, eu acho que são esses dois tipos de escuta que no dia a dia eu percebo que eu me esforço em fazer.” E9

E23 sustenta que as relações e o conhecimento que se adquire no contato com o usuário, sua família e o território são fundamentais para o atendimento clínico da enfermeira, pois as orientações e os procedimentos realizados não são isolados e desconectados com o contexto em que se vive. E E8 resumiu a aplicabilidade dos diferentes tipos de tecnologias sem sobressair um ao outro.

“Então você vai fazer coleta do teste do Pezinho, a técnica em si você tem que ter o negocinho de furar e o papel para fazer. E fazer o procedimento em si não tem problema, a questão não é só o procedimento, porque o auxiliar de enfermagem poderia fazer, tanto que teve uma época que era o auxiliar de enfermagem que fazia. Aí eles mudaram para o enfermeiro pensando em toda essa complexidade ao redor só do teste do Pezinho, que enquanto você está fazendo o teste, você está observando 'N' coisas do vínculo, depois já emenda com exame físico. Se o auxiliar fosse fazer, ele ia fazer simplesmente a técnica. [...]. Então, o atendimento muda contextualizando ele. Então, o que eu vejo de fato, nem vejo a questão da... A tecnologia que a gente usa aqui é muito simples em termos de [...] pensar no material, eu acho que o que a gente tem de complexo aqui não é o material. É a relação, é o que a gente tem de conhecimento para lidar com todo o contexto, que não é fácil, que não é pequeno, é bem complexo.” E23

“Eu acho que [...] tem toda essa questão do computador, da parafernália toda de informática que a gente usa, acho importante. Tem toda uma questão de literatura, a gente tem todos os cadernos informativos do Ministério que também é disponível, manuais, o site de Prefeitura que apoiam a gente na questão dessas doenças, por exemplo, de vigilância epidemiológica, todas as notificações. [...]. Isso tudo contribui para eu trabalhar bem feito e tem aquela coisa do aprendizado da gente, daquilo que você tem para oferecer, de conhecimento, de atitude, porque às vezes se você tem um conhecimento, mas você não se mobiliza para poder usar, também não adianta nada. Então, assim, essa atitude do cuidado, de promover a saúde no outro, eu acho que são coisas que eu faço no dia a dia [...].” E8

Pelo conjunto das falas constata-se que algumas enfermeiras parecem reconhecer o sentido e significado da importância do desenvolvimento das tecnologias leves em seu núcleo de atuação para oferecer cuidados mais congruentes com as necessidades de saúde dos usuários, mesmo sabendo do papel das tecnologias duras e leve-duras no processo de trabalho na SF.

Oliveira, Suto e Silva (2016) sinalizam que a enfermeira é a profissional que mais está em contato com o usuário na SF, por isso é capacitada para aplicar e manter os elementos que

sustentam e fortalecem as relações interpessoais, tais como o diálogo e a escuta. Portanto, parece que a USF é um dos terrenos férteis da AB que propicia o desdobramento desses elementos fundamentais na interação/convivência/relação entre as pessoas que podem evidenciar as diferenças e subjetividades na construção de cuidados menos engessados e fragmentados, característicos do modelo biomédico (OLIVEIRA; SUTO; SILVA, 2016).

Na revisão de literatura, as relações interpessoais foram representadas por meio do acolhimento, do vínculo e das relações presentes no trabalho em equipe. Apesar dos elementos relacionais na relação trabalhador-usuário e trabalhador-trabalhador, presentes no trabalho em saúde na SF apresentarem potencialidade em reorganizar as práticas de saúde, eles precisam ser fortalecidos em diferentes USFs brasileiras, pois ainda têm sido abafados pelo trabalho individual, focalizado, medicalizado e procedimental (ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013; FARIA; CAMPOS, 2012; SILVA; PONTES; SILVEIRA, 2012).

Contudo, os resultados empíricos evidenciam algumas pistas no processo de trabalho em saúde e no trabalho da enfermeira quanto ao uso das tecnologias. As pistas podem ser vislumbradas enquanto possibilidades ou brechas para um trabalho mais integrado e integral que considere os usuários como sujeitos portadores de necessidades, especialmente por meio da incorporação das tecnologias leves na relação com os usuários na SF.

5.4.3 As brechas no trabalho das enfermeiras

A palavra brecha significa, em seu sentido literal, a abertura em alguma coisa que se interpõe como obstáculo pela qual se pode, em alguns casos, penetrar. Brecha é um momento oportuno ou chance para avançar em uma determinada situação exposta (MICHAELIS, 2009). Essa definição de brecha se assemelha à concepção de **dobra** desenvolvida por Abrahão e Merhy (2014) ao abordarem a formação em saúde e a micropolítica do trabalho. Como a micropolítica envolve o território das relações interpessoais, **dobra** é um movimento que acontece nas relações que redesenha um determinado processo, abrindo-se para novas possibilidades, produzindo algo diferente do que se estava construindo anteriormente (ABRAHÃO; MERHY, 2014).

Buscar brechas no trabalho por meio das quais as enfermeiras da SF reconhecem, ou não, as necessidades dos usuários para além da demanda inicialmente trazida, representa a busca por novas formas de produzir cuidados na lógica ainda predominante da perspectiva biomédica de atenção, de maneira que a busca por brechas representa a busca por **dobras**.

Como verificado anteriormente⁶⁴, o usuário busca, na maioria das vezes, atendimento imediato na USF com uma demanda pontual que, frequentemente, é uma queixa aguda, reproduzindo o que ocorre na perspectiva biomédica de assistência à saúde.

Resgatando a imagem do iceberg, trazida na Introdução⁶⁵, em que a demanda é a parte visível do bloco de gelo e as necessidades de saúde correspondem à parte submersa, a enfermeira pode tomar como objeto de seu trabalho a parte explícita (a demanda travestida no problema identificado pelo usuário) como também, a parte implícita, aquela que não se apresenta inicialmente como demanda (as necessidades).

Entretanto, nem sempre uma demanda carrega/esconde uma necessidade que precisa de atenção ou intervenção, embora quando isso acontece, as necessidades podem não ser reconhecidas ou descobertas na demanda expressa pelo usuário. Associa-se assim a importância do reconhecimento das necessidades às diretrizes do cuidado centrado na pessoa, da longitudinalidade e da integralidade propostas pela SF, razão pela qual reconhecê-las através das demandas parece ser um dos caminhos favorecidos pela SF para enfrentar o modelo biomédico, configurando-se, talvez, em uma brecha para o reordenamento da lógica de produção de cuidados.

Esse é um movimento repleto de contradições, pois o que interessa ao usuário, muitas vezes, é que o atendimento se processe com agilidade, focado na queixa expressa, com uma conduta que resolva o problema pelo trabalhador que o usuário julga mais apropriado. Esse aspecto, de certa forma, já foi tratado anteriormente, ao se discutir a questão do imediatismo na resolução dos problemas pelo usuário.

Nesse sentido, entende-se que os caminhos para reconhecer as necessidades podem se mostrar por meio de brechas no trabalho que se desenvolvem no espaço intercessor, no encontro ou na relação estabelecida entre o trabalhador e o usuário, quando este apresenta àquele sua demanda que, segundo Cecílio (2009) e Pinheiro (2009), corresponde às ações e a serviços disponíveis na USF. Nesse momento, o trabalhador exerce seu autogoverno e lhe oferece o cardápio de ofertas influenciado por distintos aspectos como, por exemplo, o modelo de atenção ofertado, a organização dos serviços e ações na área, a autonomia do profissional (MERHY, 2013), já trazidos anteriormente⁶⁶.

Uma das formas de se reconhecer as necessidades de saúde dos usuários é por meio de um instrumento desenvolvido por Hino et al. (2009). O instrumento contém perguntas fechadas e

⁶⁴ Em 5.2.1.2 As expectativas dos usuários: a procura pelo médico na página 117.

⁶⁵ Em 1.3 Demandas, necessidades e expectativas dos usuários na perspectiva da integralidade e o trabalho da enfermeira na página 48.

⁶⁶ Em 1.2 O suporte teórico do estudo a partir da página 42.

algumas abertas que caracterizam: o trabalhador que preencheu o instrumento, a população e a área de abrangência, as atividades de infraestrutura e organização do serviço para o atendimento da população e as necessidades de saúde. Em consonância com o quanto apresentado no presente trabalho, as autoras também compreendem a complexidade da conformação das necessidades de saúde, entretanto, parece que no instrumento há uma preocupação em quantificar os aspectos relacionados mais à identificação das demandas (e não necessidades) no contexto do trabalho.

Outra forma de reconhecer as necessidades dos usuários é por meio da escuta qualificada do trabalhador que lhe permite conhecer, identificar e relacioná-las os complexos determinantes do processo saúde-doença (CECÍLIO, 2009; PINHEIRO, 2009). Portanto, os trabalhadores podem se dispor a ouvir o usuário utilizando a escuta qualificada que propicia a percepção ou a captura do “algo a mais” que merece atenção e posterior intervenção, decodificando, dessa forma, a necessidade escondida pela demanda. Essas não são ações que se dão mecanicamente ou padronizadas pelo uso de protocolos próprios, porém dependem da disponibilidade e da disposição do trabalhador se colocar de forma diferenciada nesse processo.

Leitão (1995) alega que a “lente” da escuta determina o modo como os usuários são percebidos e interpretados quando buscam um serviço de saúde. Se o trabalhador perceber o usuário como uma máquina biológica desajustada, providenciará o conserto encaixando-o em cuidados predeterminados (característicos da perspectiva biomédica). Se o trabalhador perceber o usuário em seu contexto de vida, poderá captar além do que lhe é traduzido por palavras, identificando necessidades que precisam de novos cuidados, abrindo brechas para práticas de saúde diferenciadas.

Com essas considerações, serão compartilhadas, inicialmente, as brechas mais latentes das quais as enfermeiras se valeram para avançar no reconhecimento do implícito para além do explícito trazido pelo usuário nas USFs, bem como dos instrumentos utilizados nesse movimento.

Nessa perspectiva, as brechas aconteceram em distintos momentos, nas mais variadas ações desenvolvidas pelas enfermeiras, tais como em: consultas agendadas, atendimento eventual, coleta de Papanicolaou e visita domiciliar. Nos grupos de educação em saúde e na execução de curativo, as brechas apareceram mais discretamente, mas não deixaram de ser aproveitadas pelas enfermeiras para reconhecer outras necessidades para além da demanda inicial.

E15 compartilha um encontro no qual a usuária veio à USF com queixa de atraso menstrual e durante a conversa, a enfermeira mostrou disponibilidade para conhecer o contexto de vida da jovem usuária, captando outras necessidades que mereciam intervenção, tais como: orientação sobre as doenças sexualmente transmissíveis (DST), uso de

preservativo, realização do Papanicolaou, prescrição de anticoncepcional e agendamento de consulta médica.

“Por exemplo, tinha uma que chegou com uma queixa [...] de atraso menstrual e era uma jovem e a gente começou a conversar, fiz o teste de gravidez, deu negativo, mas aí na conversa e na consulta eu já comecei a ver que ela começou a relação sexual já fazia quatro anos, nunca tinha ido no médico, nunca tinha feito Papanicolau, não estava usando nenhum método contraceptivo e o namorado atual tinha acabado de sair da Febem que ela mal conhecia, fazia dois meses só que ela estava junto. [...]. Ela veio com essa queixa desse atraso, mas a gente conseguiu perceber que tinham outras coisas que a gente precisava estar entrando ali. Então, já fiz os pedidos de exame para ela, as sorologias, a gente prescreveu o anticoncepcional, já orientei sobre o uso do preservativo também e já agendei consulta. Então assim, ela veio para fazer o teste só, mas a gente conseguiu pegar, fazer o atendimento dela mais global e já agendamos Papanicolau também que ela nunca tinha feito. E isso acontece bastante, do paciente vir com uma queixa e...” E15

Situações como esta também estiveram presentes durante algumas observações na USF 2. Uma das observações retrata o encontro entre a Enfermeira 1 e uma usuária que veio para consulta médica agendada. A Enfermeira 1, ao reconhecer a usuária na recepção, percebe que ela não está bem e a chama no consultório para escutá-la, mesmo sabendo que a usuária está na USF para se consultar com médico da equipe.

Início da OBS da USF 2: 07h15min

Enfermeira 1 e observadora estão no consultório. Enfermeira 1 dirige-se à recepção para entregar o malote do dia e reconhece uma usuária que veio entregar urina e passar por consulta médica. As duas se cumprimentam.

Enfermeira 1 comenta com a observadora: *“Acho que a Dona Fulana não está bem hoje.”*

De volta ao consultório, Enfermeira 1 verifica no sistema que a usuária tem consulta médica às 08h e chama pela usuária que segura o seu prontuário. Usuária entrega um papel na sala de coleta e segura um pote com urina. Na porta do consultório, Enfermeira 1 pede para a usuária se dirigir à sala de pré-consulta.

Observadora acompanha a usuária e diz: *“Oi, tudo bem?”*

Usuária responde: *“Não.”* (Com lágrimas nos olhos).

Enfermeira 1 e observadora se olham enquanto funcionário verifica sinais vitais da usuária.

Usuária sai da sala de pré-consulta e vai em direção ao consultório.

Enfermeira 1 pergunta: *“O que está acontecendo, Dona Fulana?”*

As pessoas se acomodam sentadas no consultório e a usuária conta o que está acontecendo, começa a chorar e a soluçar. Ela refere que está em abstinência do outro remédio.

Enfermeira 1: *“Eu acho que é toda essa história que a senhora está passando. A senhora está sentindo o quê? Dormência, tontura, falta de ar, angústia...”*

Usuária: *“Dor no peito... A médica mandou um pedido para a psicóloga, mas demora, né?”*

Enfermeira 1: *“A senhora tem vontade de se matar?”*

Usuária: *“De me matar, não, porque eu tenho Deus no coração. Enfermeira, eu falei pra ele (o filho) que ele precisa ir pra Santa Casa tirar aquelas placas.”*

Enfermeira 1: *“Ele já passou no ortopedista?”*

Usuária: *“Já. Agora era sete e meia e eu fui lá no (nome da unidade) tirar raio X da coluna e dos braços. Ele (o filho) também precisa de ajuda, mas ele tem que querer... Ele tem que aceitar ajuda. Minha sobrinha é fisioterapeuta e disse que os nervos vão encurtando.”*

Enfermeira 1: *“Já pensou?”*

E usuária continua a desabafar sobre os problemas com filho que é usuário de álcool e drogas. Enfermeira 1 escuta atentamente a usuária que enxuga as lágrimas e assoa o nariz. Enfermeira 1: *“A senhora podia ir no CAPS-AD, lá eles cuidam da família também, pois a psicóloga aqui vai demorar. Quando a gente tem um usuário de álcool e drogas dentro de casa, a gente é abusada e fica frágil. Lá elas ajudam a família e o usuário. Lá é uma porta aberta para cuidar da base. Eles são preparados para isso. A senhora está adoecendo junto com o seu filho. Ele escolheu essa vida e não a senhora. A senhora precisa ir lá, senão a senhora afunda. Para qual remédio a senhora mudou?”*

Usuária: *“Clonazepam.”*

Enfermeira 1 explica o uso do medicamento prescrito pelo médico.

Usuária: *“Minha sobrinha diz que meu corpo deve estar sentindo falta do diazepam, então, ontem eu tomei e hoje eu não acordei bem.”*

Enfermeira 1: *“A senhora precisa seguir o que o seu médico diz, porque cada pessoa fala uma coisa e a senhora não dá conta.”*

Usuária: *“Quando eu morrer, a casa tem que ficar com o Fulano, Beltrano e Cicrano (os filhos), mas o Fulano não tem cabeça e vai gastar toda a parte dele.”* E conta outras coisas mais sobre o filho.

Enfermeira 1: *“Quando a senhora começou a tomar o clonazepam?”*

Usuária responde o dia e diz: *“Fulana, você acha que isso que eu estou sentindo é emocional?”*

Enfermeira 1 se levanta e afere a pressão arterial da usuária.

Funcionária, com o pedido de exame da usuária em mãos, bate na porta, entra no consultório e pergunta: *“Dona Fulana, a urina tá aí?”*

Usuária: *“Tá aí, na pia.”* (E aponta para a pia do consultório).

Funcionária pega a urina e sai do consultório em direção à sala de coleta.

Enfermeira 1: *“Sua pressão tá treze por sete.”*

Usuária, que parece estar um pouco mais calma, continua desabafando sobre os problemas com o filho.

Enfermeira 1 reforça: *“Vai lá no CAPS-AD, lá eles vão ajudar a senhora.”*

Usuária: *“O Fulano não faz mal a ninguém, só pra família e todo mundo tem medo dele.”*

Enfermeira 1 verifica o horário e diz: *“Vamos lá, dona Fulana?”*

As duas saem do consultório, se despedem e usuária se senta na sala de espera para aguardar a chamada do médico.

Término da OBS da USF 2: 07h50min

Nessa observação, a Enfermeira 1 aborda a usuária no sentido de identificar um possível comportamento suicida (certamente porque ela tem conhecimento de um ou mais fatores de risco que podem levar a usuária a essa situação). Pela disponibilidade e abordagem da Enfermeira 1, bem como pelo conteúdo da conversa, a Enfermeira 1 sabe quem é a usuária, sabe do seu contexto de vida e o que ela está falando, tal como recomenda Leitão (1995). Portanto, nessa observação pode-se fazer uma leitura da existência de uma brecha no trabalho que permitiu a identificação de outras necessidades da usuária pela enfermeira por meio da escuta, para além da demanda (consulta médica agendada) inicial.

E8 comenta o atendimento a uma usuária que chegou espontaneamente à USF com queixa de hemorragia vaginal. A enfermeira afirma que com essa queixa, a usuária poderia ter sido

atendida em consulta eventual pelo médico que trataria esse desconforto, mas o profissional correria o risco de não identificar outras necessidades da usuária devido ao curto tempo destinado para o atendimento de demandas espontâneas na agenda. Por isso, a entrevistada se dispôs a atendê-la e durante o encontro, escuta a história da usuária, levanta seus antecedentes e riscos pessoais e familiares, reconhecendo outras necessidades que merecem intervenção, contribuindo para a assertividade da conduta da médica clínica. Assim sendo, E8 organiza e gerencia o processo assistencial da usuária na USF.

A enfermeira ainda declara: “(...) *em que lugar ela ia poder ser atendida desse jeito? Se não fosse na USF, uma pessoa que estivesse disposta a encaixar ela na agenda? Porque, muitas vezes, você não tem o atendimento ali, você não quer por outro, você fala: “Você tem que agendar”* (...)”. E8. Entende-se que essa fala revela a compreensão da enfermeira sobre o seu trabalho na SF bem como, das oportunidades que esse modelo de atenção apresenta para o usuário ser atendido na perspectiva da integralidade.

“Por exemplo, eu atendi a usuária X, faz três dias que ela está aqui em Ribeirão, mudou para a minha área. Ela veio com uma situação assim: ‘Olha, estou com hemorragia.’ [...] Ela podia ser atendida no eventual, sim, mas só saber que ela tem hemorragia, eu vou chegar lá e o doutor vai cuidar daquilo ali com risco de errar, porque, assim, o tamanho da consulta é pequena. Então, eu dou um jeito e atendo ela aqui. Atendendo aqui, eu descubro que ela tem SAF, que é aquela doença que dá nas questões de coagulação de sangue, que precisa tomar anticoagulante. Ela tem SAF (doença em que o sistema imunológico ataca proteínas normais do sangue), diabetes, hipertensão, glaucoma, ela teve já um AVC, três infartos, trombose na perna, trombose cerebral e veio tomando anticoagulante e o pior, com hormônio combinado [...]. Mas é mão para o doutor isso, não é para mim, mas eu posso fazer o mais detalhado a consulta de enfermagem para que ele possa atuar melhor. Ela chega ali e a queixa dela era, ali na frente, de hemorragia vaginal. Aqui comigo, eu pedi para pesar e ela: ‘Está vendo como eu estou cansada?’’. Ela andou daqui a ali, a balança é na frente da porta. E aí ela tem uma obesidade, tem dislipidemia e ela não estava legal. Dor no peito há um mês, ela fala do sangramento, fala de uma dor na mama de um caroço que ela tratou com antibiótico e terapia há nove meses, que falaram que ia tirar esse nódulo e não tiraram e um cisto de um kg no ovário. E ela é psiquiátrica também, ela faz tratamento de saúde mental. Aí ela conta toda essa história, que eu me proponho a escutar e ir lá e falar para o médico para poder criar uma atitude mais efetiva com relação a ela. Aí ela fala que teve onze filhos, três vivos, os outros todos natimortos, porque a SAF faz perder filho. Então, ela perde com sete, oito meses – não foi aborto, foi natimorto. [...]. Ela teve dois relacionamentos e assim, ela chegou agora. Em que lugar ela ia poder ser atendida desse jeito? Se não fosse na USF, uma pessoa que estivesse disposta a encaixar ela na agenda? Porque, muitas vezes, você não tem o atendimento ali, você não quer por outro, você fala: Você tem que agendar. Se você seguir o trilho, vai lá e agenda. E aí ela pode ter o risco de até estar tendo um trombo de novo e ter um infarto de novo e foi isso o que ele identificou. Então, ela chegou ali com a história pronta, para ele ficou fácil, encaminhou: Vai colher as enzimas, ver se isso não é um infarto para a gente continuar. Aí ela conta que ela tem três filhos em casa e mais o padrasto acamado. Então, eu também tenho esse

outro olhar que eu ainda tenho que fazer, porque a gente tem como fazer todo um processo para ganhar fralda, para ajudar ela também. E onde ele está sendo cuidado? Ela disse que ele tem Alzheimer, Parkinson e diabetes e que a comunicação dele é muito ruim. [...]. Então, o Alzheimer dele está bem avançado pelo o que eu entendi. Ela chegou de (nome da cidade), era lá que ela era atendida e tinha os atendimentos do HC que era dela, só que ela tem retorno só em 2019 – achei estranho também, mas foi o que ela me disse. Então, essa integralidade de uma pessoa que chegou para um eventual, o que eu pude fazer foi feito. Agora ele também e a gente aguarda. E a gente começa o atendimento agora um pouco mais fracionado para poder entender tudo isso, porque ela chegou com muitas demandas, né? Muitas demandas e, assim, até para passar psiquiatria, tudo vai ser direcionado numa consulta agendada, ela também saiu com consulta agendada.” E8

Atualmente, novas tendências⁶⁷ na área da enfermagem têm sido discutidas por pesquisadoras brasileiras e organizações internacionais de saúde que implicam em ampliar o processo de cuidar e, conseqüentemente, no processo do gerenciamento desse cuidado pela enfermeira (FELLI; PEDUZZI; LEONELLO, 2016; OPAS, 2018).

Um outro tema que tem feito parte das discussões sobre o processo de trabalho nas USFs é o Acesso Avançado na AB, inicialmente desenvolvido para ampliar o acesso das pessoas ao sistema de saúde norte americano e europeu que apresentam conformações de ações e serviços de saúde diferentes das estabelecidas no Brasil, especialmente quanto à abordagem adotada pela AB. O Acesso Avançado⁶⁸ tem sido implantado em USFs brasileiras, baseado no estudo de Murray e Berwick (2003) com o objetivo de reduzir as filas de espera na AB (CURITIBA, 2014).

Mais recentemente, a série *E agora Brasil-Saúde* produzida e divulgada pelo jornal A Folha de São Paulo⁶⁹ em agosto de 2018, é trazida a experiência de Florianópolis-SC. Nessa capital, foi identificado, desde 2013, um aumento de 30% do acesso de usuários aos serviços da SF. Credita-se esse aumento à atuação de enfermeiras capacitadas e à utilização de protocolos assistências nas consultas de enfermagem.

⁶⁷ Essas novas tendências resultam na ampliação da prática clínica da enfermeira que se desenvolve por meio da Enfermagem de Prática Avançada (EPA), considerada um nível de formação que qualifica e aprimora as competências necessárias para atender as necessidades de saúde na AB e em outros níveis de atenção. No Brasil, a EPA não está implementada, pois há resistência de outros profissionais e falta de regulação dessas funções (FELLI; PEDUZZI; LEONELLO, 2016). O papel da enfermeira de EPA na AB foi criado e implementado em países onde há déficit de acesso pela população a recursos humanos qualificados e bem distribuídos nos sistemas de saúde sendo também uma resposta às crescentes necessidades de saúde da população (OPAS, 2018).

⁶⁸ O princípio fundamental do Acesso Avançado é atender o usuário, que solicita agendamento de consulta médica ou de profissionais da equipe, no mesmo dia ou até em 48h. Para que isso ocorra, é necessário: abrir mão de uma agenda organizada para atender grupos, patologias ou faixas etárias em dias específicos; evitar pré-agendamentos prolongados; envolver todos os profissionais disponíveis para oferecer os melhores recursos de acordo com as necessidades da população; organizar a agenda para atender a demanda espontânea e definir o tempo de atendimento para a consulta pré-agendada (CURITIBA, 2014, p. 5 e 6).

⁶⁹ Disponível em: <<http://temas.folha.uol.com.br/e-agora-brasil-saude/alternativa/com-consultas-de-enfermeiros-acesso-a-saude-cresce-30-em-florianopolis.shtml>>

Importante dizer que essas tendências se relacionam ao processo de trabalho em saúde na AB, fruto de políticas indutoras nacionais e internacionais para esse nível de atenção. No entanto, como não foram abordadas explicitamente nas entrevistas ou visualizadas nas observações, não serão aprofundadas nesta discussão, embora se considere que esses temas certamente tangenciam a perspectiva de uma leitura ampliada das necessidades de saúde dos usuários.

E9 relata que a coleta do exame de Papanicolaou não se restringe à realização do procedimento técnico. Durante o encontro entre a usuária e a enfermeira, esta se mostra aberta para ouvir a história de vida daquela que, inicialmente, demonstra surpresa com a disponibilidade da trabalhadora.

“A pessoa vem para colher citologia, e aí geralmente eu pergunto se tem alguma queixa, faz parte da nossa consulta e a pessoa pergunta: ‘Como assim?’ Ela pensa que tem que ser alguma coisa ginecológica e eu faço a pergunta: ‘Em relação à vida, você gostaria de falar alguma coisa que está te incomodando?’ Essa pergunta abriu para a paciente contar um conflito com a filha, com o companheiro, com o marido da filha, ela estava num meio de um grande conflito familiar em que ela, nessa conversa, percebeu que ela abandonou ela mesma. Ela foi contando, contando, parou assim: ‘Eu acho que eu esqueci quem eu sou, o que eu gosto de fazer. É por isso que eu estou angustiada. Eu quase nem vinha para consulta hoje porque eu estava tão mal que não queria nem levantar da cama, mas agora eu estou percebendo que [...] eu esqueci de mim.’ E a gente foi conversando, eu falei: ‘Faz uma carta para você, quem você era, conversa com essa pessoa.’ – fiz uma pequena entrevista de saúde mental – ‘Conversa com a usuária X quem você era há cinco, dez anos.’ E eu marquei uma semana depois. E ela veio, veio com uma carta com erros de português, muito simples, mas ela conseguiu sentar com a filha, conversar com a filha, ela conseguiu conversar com o companheiro que vem morar com ela semana que vem. [...]. Então assim, ela precisava de escuta. Num contexto de coleta de citologia, então, eu acho que são desses encontros que [...] que favorecem a saúde que é muito especial para mim poder sentir que aquela pessoa está ali inteira, que ela não é um câncer de colo de útero que eu estou preocupada em quantificar quantas citologias eu faço. Mas não perder a oportunidade de ser inteira, ser humano inteiro e ela também. Eu acho que é isso.” E9

Na conversa, a usuária expõe questões pessoais e familiares que precisam ser resolvidas e a enfermeira a orienta na resolução desses conflitos interpessoais. A entrevistada reconhece a potencialidade do encontro para levantar outros aspectos do contexto de vida da usuária que ultrapassam o atendimento ginecológico e conclui: *“(...) Eu acho que são desses encontros que [...] favorecem a saúde, que é muito especial para mim, poder sentir que aquela pessoa está ali inteira, que ela não é um câncer de colo de útero que eu estou preocupada em quantificar [...] E9”*.

Se nesse encontro houve espaço para a produção de subjetividades, uma das observações da USF 1 revela o contrário. Uma usuária que diz ter chegado à USF, no horário marcado para realizar o Papanicolaou, não foi atendida pela Enfermeira 1, pois a recepção demorou para encaminhá-la à sala onde o exame é feito. A usuária, visivelmente contrariada, confronta uma das

enfermeiras, questionando a não realização do procedimento que, em seu entendimento, é simples e rápido. O clima fica tenso e usuária solicita agendamento de consulta médica para a irmã e para ela. Entretanto, a Enfermeira 2 visualiza no sistema que a irmã tem consulta agendada em outra USF e reforça o princípio da regionalização do SUS que aumenta o descontentamento da usuária, mas Enfermeira 2 agenda consulta médica para a usuária que sai da sala e vai embora da USF.

Início da OBS da USF 1: 10h15min

Usuária entra apressada no consultório, empurrando um carrinho com um bebê dentro e diz: *“Escuta, eu cheguei aqui cinco pras nove e não fui atendida no Papanicolaou.”*

Enfermeira 2, sentada em frente ao computador de sua mesa, olha para a usuária e pergunta: *“A que horas estava marcado seu exame?”*

Usuária (nervosa, falando alto, embala o bebê no carrinho): *“Às nove. Só que não é culpa minha que a recepção demora pra atender. Eu fiquei sentada lá (em frente a porta da sala onde o exame é executado) até agora. O Papa demora só vinte minutos, porque ninguém me atendeu se é rápido?”*

Enfermeiras 1 e 2 se olham e Enfermeira 1 (responsável pela execução do exame naquele dia) diz calmamente: *“Tinha duas pacientes marcadas, era nove e meia e você não tinha chegado.”*

Usuária contrariada, diz gritando: *“Ai, eu não acredito!”*

Usuária se aproxima, se senta na cadeira ao lado da mesa da Enfermeira 2, joga o cartão de agendamento sobre a mesa e diz: *“Então, marca o Papa para a minha irmã que na recepção não tem vaga!”*

Enfermeira 2 pega o cartão, abre o sistema e diz: *“Só tem pra abril, mas você tem de ir lá na recepção fazer um cartão pra sua irmã.”*

Usuária, ainda brava, diz: *“E consulta, dá pra você marcar?”*

Enfermeira 2 (em tom de voz firme e alto): *“Qual o nome da sua irmã? Você sabe o Hygia dela?”* Usuária responde.

Enfermeira 2 verifica o sistema e diz: *“Eu não consigo marcar consulta pra ela, porque ela tá com consulta marcada na unidade X. E o sistema bloqueia quando é assim. Ela tem que passar em consulta lá. Ela tá morando no (nome do bairro)?”*

Usuária não responde e diz *“Ai, meu Deus. Deixa pra lá.”*

Enfermeira 2 diz: *“Eu posso marcar consulta pra você, no dia 29.”*

Usuária: *“Tá bom, vou ver com a minha irmã.”* (Levanta-se, empurra o carrinho e sai do consultório sem se despedir ou agradecer).

Enfermeiras 1 e 2 e observadora se olham e Enfermeira 1 comenta: *“Ela nem sabe como é o Papanicolaou. Não é vinte minutos. Eu faço toda a anamnese da mulher e fico pelo menos, quarenta minutos com ela na sala, se ela não tiver nenhuma queixa. Não é nada disso.”*

Término da OBS da USF 1: 10h25min

Nessa observação, a Enfermeira 1 poderia ter aproveitado a brecha no trabalho (evidenciada pelo clima tenso na sala e cobrança da usuária pelo atendimento) para explicar à usuária a abordagem “ampliada” utilizada para a realização do procedimento (que parece ser uma pista para reconhecer necessidades), ter buscado esclarecimentos junto à recepção sobre o horário de chegada da usuária ou ter orientado à usuária chegar um pouco mais cedo da próxima vez.

E32 explicita que, por meio de uma visita domiciliar, identificou uma condição de saúde lamentável em um usuário que, além da demanda clínica, estava inserido em um contexto de vulnerabilidade social passível de intervenção. A enfermeira relata que, após avaliar esses aspectos, sugeriu aos familiares, a institucionalização do usuário que depois de algum tempo foi acatada pela família, o que permitiu que o usuário recebesse cuidados de saúde com dignidade.

“A gerente me chamou e falou: ‘Tem um paciente do bairro X. Você com esse jeitinho [...] eu vou mandar você lá. Quem sabe você consegue mais coisas do que nós que até agora?’ [...] Fui, a agente me passou o caso, um senhor de 48 anos, usuário de drogas [...], teve dois AVCs, [...] ele ficou com uma [...] parestesia do lado direito e uma parestesia [...] do lado esquerdo. Dependente de cadeira de rodas, morava num cômodo [...] com banheiro e está com edema de face, de membros inferiores e superiores, come mal, prostrado. [...] Ah, detalhe: se prostitui para poder ter o crack. [...] Eu cheguei lá, era pior do que eu tinha recebido a informação. Eu fiquei muito impressionada com o que eu vi, é um submundo. [...] Ai eu cheguei, [...] avaliei o paciente, fiz uma ausculta, falei: [...] ‘O senhor está com uma ausculta ruim.’ Chamei a família, falei: ‘Gente, é o seguinte: vim aqui a primeira vez [...]. Mas isso aqui é uma situação de vulnerabilidade muito grande, é abandono de vulnerável, a higiene dele está péssima. Eu estou falando para vocês, porque eu tenho que fazer um relatório, eu vim aqui, vocês são da família.’ – a família mora no fundo da casa dele. [...] ‘Então, eu estou pontuando coisas e já estou dizendo para vocês, não dá para ele ficar aqui. Eu preciso que ele vá para uma unidade de atendimento 24h, eu preciso ligar para a ambulância. Eu sugiro que vocês deem um banho nele, [...] deem alguma coisa para ele comer, porque pode demorar. E ele me disse que recebe um benefício, então, eu vou procurar um lugar porque esse homem tem que ser institucionalizado, ele não pode ficar desse jeito, isso é subumano [...]’ Ai se movimentaram e [...] falei: ‘Olha, eu sou uma profissional da saúde, eu não posso me omitir diante de informações desse tipo. É minha função, eu vim aqui, eu preciso encaminhá-lo.’ ‘Não, tudo bem.’ Ai [...] a ambulância levou para unidade X, ele foi internado, realmente ele estava com uma ITU, tinha um edema de pulmão importante. Ficou internado uns 15 dias, era um quadro que realmente exigia uma intervenção clínica. Caso de pneumonia no lóbulo esquerdo, eu ouvi murmúrio diminuído à esquerda. [...] Ai o irmão veio me procurar, ele falou: ‘Olha, você que esteve lá em casa. O que você me aconselha?’ [...] ‘Pegar o dinheiro do seu irmão e institucionalizar ele. Porque, realmente, vocês têm a vida de vocês, [...] ele exige uma certa assistência que vocês não vão conseguir dar. É totalmente compreensível. Tem algumas possibilidades de a gente institucionalizar ele. E vocês vão ver ele.’ [...] Ele falou assim: ‘Nós vamos pensar e vamos ver.’ ‘Tá bom, eu estou à sua disposição.’ [...] Ai deu uns quatro dias ele voltou: ‘Olha, [...] eu fui lá no hospital, ele está tão bem, está diferente, está limpo.’ – que ele tinha crosta, horrível. ‘E nós vamos realmente... você ajuda a gente, você tem alguma coisa para a gente indicar?’ Ai eu conversei com a gerente e a gente arrumou um local para ele, ele saiu do hospital e já foi para esse local e está lá. E eles vêm aqui, o irmão, e fala que ele está muito bem, que vai visitá-lo toda semana no domingo, que é o dia de visita, que ele está limpinho, está fazendo o tratamento por conta da abstinência da droga. [...] No dia que ele veio e falou: ‘Meu irmão está bem, já está lá.’ Foi o melhor dia para mim. Eu ganhei o dia [...], porque era um caso... [...] Ele mora agora nesse lugar e está bem. Ai o irmão dele vem, sempre que ele está por aqui, está dando notícia, sabe? E outro dia ele estava aqui e ele falou: ‘Nossa, você fez a gente ver as coisas de um jeito diferente, a gente nunca tinha pensado nessa possibilidade.’ Falei: ‘Então, às vezes precisa de alguém de fora para conversar com

a gente e mostrar o caminho. [...] Então, a gente tem que delegar, às vezes, isso para outras pessoas. 'E deu certo. [...].' E32

A ação de E32, utilizando-se das tecnologias leves, leve-duras e duras, além da responsabilidade sanitária pelo usuário e sua família, assistiu diretamente o usuário e organizou/gerenciou todo o processamento dos cuidados articulando-os à rede de apoio familiar em busca da integralidade da atenção. A forma como a enfermeira lidou com a situação converge com as ideias de Figueiredo Júnior (2001) que destaca que os profissionais de saúde devem se preocupar com o outro e se comprometerem em aliviar o sofrimento humano, independentemente do local onde trabalham. Essa situação evidencia uma brecha aproveitada pela enfermeira que reconheceu um problema muito maior e complexo do que o apresentado pela condição clínica do usuário.

E10 relata uma brecha mais “discreta”, diferente das anteriores, na qual uma das participantes de um atendimento em grupo de entrega de resultados de exames e procura a enfermeira para contar uma situação familiar vivenciada. A trabalhadora mostra-se disponível para ouvir a usuária e orientar o atendimento da nora na USF.

“Foi um grupo que eu fiz, uma vez só, eu preciso fazer de novo esse grupo de Papanicolaou. A gente falou: grupo de Papanicolaou, mas eu coloquei todos os Papanicolaou de seis meses para cá. [...] Eu peguei de julho a dezembro, todas as pacientes. [...] De 69, vieram 20. Convoquei para resultado. E os resultados normais eu entreguei e os alterados passaram com a doutora. Mas no dia foi trágico porque a doutora ficou doente e não veio, mas eu tive que resolver todos os problemas. Desse atendimento, uma mulher veio com uma [...] história de que o filho de 15 anos estava namorando, estava tendo relação e [...] eles não estavam utilizando nenhum método. Aí essa menina veio [...] fazer o teste e aí eu consegui trazer essa menina, porque também tinha uma resistência. No dia que ela veio fazer o teste, veio com a sogra, aí a gente já conseguiu conversar um método para ela. “E10

Ainda sob essa perspectiva, E20 menciona preocupação com a mudança de condição de saúde do membro de uma das famílias adscritas, cujo parente veio à USF solicitar material para curativo que até então, não era requerido. Enfermeira se mostra atenta à “nova” demanda da família e se disponibiliza para avaliar a “nova” possível necessidade do usuário, agendando uma visita domiciliar.

“Às vezes eu estou fazendo alguma coisa, eu escuto. Vem paciente pedir material para curativo. Aí eu falo: ‘Mas esse paciente não tem nada.’ – isso aconteceu esses tempos atrás. ‘Por que essa pessoa está pedindo curativo, o que está acontecendo?’ ‘Ah, está com uma ferida e tal.’ Aí eu já programo a visita para ver... não só forneço material, mas aí tem que ver o que está acontecendo, porque não tinha, agora está pedindo, formou uma ferida de uma hora para a outra, faço uma visita para fazer essa avaliação. Então, às vezes, o que eu chamo de eventual é isso. Estava tudo bem, de repente apareceu alguma coisa, uma visita não programada. É isso.” E20

Uma das entrevistadas admite que a escuta qualificada é uma ferramenta poderosa que favorece a revelação de circunstâncias da vida do usuário que podem ser mais importantes do que a orientação técnica do profissional durante o encontro.

“Eu acho que é escutar, na verdade. Escutar o que ele (o usuário) te diz. Às vezes, eu posso falar um monte de coisas técnicas... eu tô fazendo uma consulta de puericultura, posso falar com a mãe e ensinar como limpar o umbigo, como dar banho, como amamentar, mas às vezes aquilo não é tão importante quanto eu escutar o que ela tem pra me falar. Às vezes, ela quer mais é me contar, falar dos problemas dela e eu escutar. Eu acho que é muito importante esse momento de conversar, de ter paciência e tempo de escutar a pessoa. Porque, às vezes, na correria e você tem hora, às vezes você não consegue fazer isso, mas é importante.” E2

Em uma das observações da USF 1, não houve espaço para um diálogo e uma escuta que permitissem o reconhecimento de necessidades para além da demanda. O encontro, mesmo marcado pela utilização de tecnologias leves, parece ter sido atropelado pelos critérios técnicos de classificação de risco para o atendimento de urgência e emergência e pela organização do trabalho na USF.

Usuária veio à USF solicitar consulta com o ginecologista devido a um sangramento vaginal que já foi avaliado em unidade de pronto atendimento. Inicialmente, a Enfermeira 2 não se mostra disponível em escutar os motivos da usuária, focando sua avaliação nos sinais e sintomas referidos e aferidos, classificando-os como normais. O tom de voz da Enfermeira 2 sensibiliza a usuária que começa a chorar. Logo em seguida, a Enfermeira 2 parece se comover com a fragilidade emocional da usuária e diz que o especialista a atenderá mediante espera.

Início da OBS da USF 1: 11h10min

Estão no consultório a observadora, duas usuárias sendo atendidas pela Enfermeira 1 e a Enfermeira 2 quando uma funcionária entra apressada no consultório, segurando um prontuário e diz para a Enfermeira 1: *“Tem uma moça lá comigo que tá com sangramento vaginal tem três dias e precisa ver o GO urgente.”*

Enfermeira 2 diz alto: *“Se ela está sangrando desse jeito ela tem que ir para a Distrital para atendimento de urgência, porque aqui os pacientes podem esperar.”*

Funcionária insiste: *“Mas ela me mostrou fotos de cada sangramento... Acho que ela não tá bem.”*

Enfermeira 2 se levanta e dirige-se à sala de pré-consulta ginecológica.

Usuária está sentada na cadeira mexendo no celular.

Enfermeira 2 entra e pergunta em tom de voz alto: *“O que está acontecendo?”* (E pega o esfigmomanômetro e o estetoscópio para medir a pressão da usuária).

Usuária diz que está sangrando muito há muitos dias e que semana passada esteve na Distrital e o médico lhe passou diclofenaco que cortou o sangramento. E que hoje já havia tomado dois comprimidos.

Enfermeira 2 diz alto: *“O diclofenaco não é para cortar o sangramento.”*

Usuária: *“Mas eu tomei dois e passou.”*

Enfermeira 2: *“Agora você está sangrando?”*

Usuária: *“Não, agora não. Mas o médico de lá mandou eu procurar o GO do posto pra fazer exames e passar em consulta.”* (E tenta explicar desde quando começou a sangrar, que a filha e o marido ficaram preocupados e que passou vergonha na academia devido ao sangramento).

Enfermeira 2 olha para a funcionária como quem diz que o caso não é uma urgência.

Enfermeira 2 conversa com a usuária em tom um pouco ríspido, explicando os sinais de choque devido a sangramentos e hemorragias bem como o fluxo de atendimento da unidade em casos de urgência e emergência. E usuária começa a chorar.

Enfermeira 2 parece se sensibilizar com a fragilidade da usuária e repete as orientações técnicas que havia feito em um tom de voz mais acolhedor.

Enfermeira 2 diz: *“Aqui você pode passar no GO, mas vai demorar, só depois do meio dia.”*

Enfermeira 2 e funcionária se olham e funcionária balança a cabeça negativamente.

Enfermeira 2 diz: *“Pode aguardar?”*

Usuária enxuga as lágrimas e responde sim com a cabeça.

Enfermeira sai da sala e retorna em direção ao consultório.

Depois de uma hora, usuária aparece na porta do consultório, chama a observadora e diz: *“Deu certo, viu!?”*

Observadora: *“O que o doutor falou?”*

Usuária: *“Ele pediu um ultrassom, me deu esse remédio aqui e pediu para eu voltar com o exame para ver o que é.”*

Observadora: *“Ah, que bom.”*

Usuária balança a cabeça positivamente e vai embora da unidade.

Término da OBS da USF 1: 12h30min

E14 indica que para identificar as necessidades além da demanda, é necessário ampliar o foco para além da verbalização da queixa e perceber o que não é dito. E13 chama a atenção para a diferença que a abertura ao diálogo faz em um encontro e que, mesmo nas entrelinhas, algo importante pode ser revelado pelo usuário.

“Então, tem muita coisa, a gente tem que estar sempre atenta porque às vezes se você só se ater àquele ponto que ele (o usuário) está relatando, você vai perder muita coisa, que às vezes é uma linguagem não verbal, ou um detalhe que poderia passar despercebido que você pode pegar uma coisa mais grave, que você pode atuar com mais eficácia e que realmente é uma coisa que vai fazer uma diferença na vida daquela pessoa.” E14

“A coisa às vezes está mais embaixo. Por isso que eu falo também, ter o tempo para você conversar às vezes numa entrelinha com o cliente, ela acaba te trazendo algumas coisas que você não sabia. Às vezes, uma palavra, um olhar, a pessoa acaba se abrindo. Há pouco tempo, tive uma situação dessa com uma gestante. Eu já tinha um certo vínculo com ela. [...] Marquei as rotinas de pré-natal, ela não veio. Eu já tinha falado: ‘Se você não vier, eu posso ligar para você?’ E pego o celular. E aí ela não veio, deu um dia, dois, não veio. Aí eu liguei para ela. Aí ela falou: ‘Ah, Fulana, então, é que aconteceram algumas coisas.’ [...] Ela tentou abortar, esse filho não é do companheiro dela, é de uma relação extraconjugal, você entendeu? Mas isso, demanda confiança. Tudo aquilo o que eu te falei. Então assim, você tem que estar mais aberta, senão às vezes ela nem ia me falar [...]. E faz diferença, ela não faltou por faltar, ela faltou porque coisas bem graves para ela (estavam) acontecendo.” E13

Nesse sentido, Broca e Ferreira (2014), ao caracterizarem a comunicação não verbal da equipe de enfermagem de um hospital universitário brasileiro, numeraram as expressões faciais/corporais, o modo de falar e de se comportar, como elementos da comunicação não verbal que podem ser percebidos para decodificar o sentido de uma mensagem falada.

Pelos resultados expostos, denota-se que o encontro entre as enfermeiras e os usuários podem permitir brechas, mas, novamente reitera-se que, a depender dos elementos que interferem no processo de trabalho, elas podem ou não ser aproveitadas, no sentido de reconhecer outras necessidades além da demanda inicial trazida pelos usuários. Nessa direção, torna-se oportuno apresentar ainda algumas falas nas quais as brechas que se apresentaram não foram percebidas e aproveitadas durante o desenvolvimento do trabalho da enfermeira.

E5 alega que a busca por consultas de usuários hipertensos e diabéticos que, teoricamente, precisariam de orientação, é pequena e quando eles agendam, não comparecem às consultas. E3 aponta que os usuários faltam em consultas agendadas, porém exigem atendimento imediato em um determinado dia quando a demanda não é classificada, pela enfermeira, como prioridade no atendimento médico do dia.

“O que eu não consegui ainda fazer: dentro do que a gente chama de consulta-saúde, é pouca. A procura é muito pequena. Que é justamente aqueles pacientes que precisariam não só na prevenção de problemas secundários, mas até para prevenir as doenças. Que é na parte de hipertensão, de diabetes, eles não procuram. [...]. Eu achei que eu teria uma maior facilidade de penetração, mas eu não consigo. [...]. Porque eles marcam e não vêm. Então, isso é muito complicado. [...]” E5

“Às vezes, eu acho que a exigência do paciente é incompatível com aquilo que o serviço dá. Ele vem aqui e quer ser atendido no dia. Eu não tenho consulta no dia. Mas eu entro nos atendimentos dele e ele tem três faltas para trás. Mas naquele dia, ele quer ser atendido e por uma coisa que pela classificação de risco não entra no atendimento do dia. Daí eu tenho que mais uma vez agendar. Ele perde a consulta de novo. Difícil.” E3

Talvez, uma postura mais aberta para identificar as causas do absenteísmo em consultas agendadas poderia criar estratégias para reduzir as faltas. Por exemplo: será que o horário imposto para a consulta favorece a ida do usuário até a USF ou apenas contempla a disponibilidade dessa atividade na agenda do profissional? Ao mesmo tempo, a enfermeira poderia solicitar uma visita do ACS ao usuário que agendou a consulta e não compareceu para que se possa levantar o motivo da ausência do usuário na consulta programada. E a depender da situação clínica do usuário, a própria enfermeira poderia programar uma visita domiciliar, buscando criar um vínculo diferenciado para propiciar o acompanhamento na USF.

Nesse sentido, a SF é a Estratégia que pode romper com os muros dos serviços de saúde, na medida em que os profissionais das equipes de saúde se aventuram para fora das USFs, por

meio de atividades extramuros, em busca das determinações e especificidades relacionais e sociais do território que conformam as demandas e necessidades de saúde (BATISTELLA, 2007a).

E25 declara que em um exame de citologia, é comum as usuárias trazerem várias demandas para serem resolvidas. Nessa situação, a enfermeira parece selecionar aquelas de menor complexidade para serem respondidas naquele momento, agendando a usuária com outro profissional que avaliará as demandas mais complexas.

“Todos os dias a gente tem. [...]. Eu percebo muito quando a gente marca exame para a mulher, citológico. A mulher vem para colher a citologia que está atrasada, um exame de mama para a gente fazer e a gente percebe que na hora que a gente está conversando com a paciente, a paciente fala: ‘Ah, mas eu estou com dor na perna, mas eu estou com uma dor de estômago, mas eu estou com uma dor de cabeça’. Então, a gente tenta ao máximo conseguir resolver esse problema todo do paciente. Mas a maioria a gente tem que mesmo: ‘Olha, então, hoje a gente está aqui para focar nesse tipo de atendimento, não dá para ver tudo. Vamos ver isso e mais uma outra coisa, numa próxima vez...’ Ou a gente já deixa até agendado um paciente, mas todos os dias tem os pacientes que vêm trazer o filho e aproveitam a consulta: ‘Ah, mas aproveitando que eu estou aqui, eu também estou um pouquinho assim.’. Então, todos os dias aparece esse tipo de paciente.” E25

A autonomia do usuário em não aderir ao tratamento proposto pela equipe também incomoda as enfermeiras, dificultando o seu trabalho. E24 esclarece que fazer o usuário entender a necessidade de mudança de hábitos é frustrante, pois ele não aceita a mudança indicada pela equipe.

“Dificuldade? [...]. Talvez o que é muito complicado, é muito difícil, é você trabalhar com o paciente, tentar fazer com que ele entenda que para melhorar a saúde dele, ele precisa de mudança de hábitos. [...]. Isso eu sei que [...] a longo prazo, às vezes não vai acontecer. Então, eu acho que isso é uma coisa que frustra, o paciente não aderir ao tratamento. Eu acho que isso é a maior dificuldade.” E24

Em um contexto de vulnerabilidade e exclusão social que atinge grande parte da população adscrita às USFs, será que o usuário e sua família têm acesso às propostas da equipe no que tange à mudança de hábitos? Alude-se aqui ao abandono de alimentos, vícios, rotinas, relações e condições que desde sempre acompanham o usuário na luta por uma vida mais digna que nem sempre lhe oferece as melhores oportunidades sociais. Nesse sentido, Santos et al. (2014) mencionam que as condições precárias de vida podem influenciar na mudança de hábitos e adesão a tratamentos, interferindo na autonomia e autocuidado do usuário.

Assim sendo, os riscos e a vulnerabilidade social estão agregados às demais condições individuais que devem ser consideradas para diagnosticar, tratar e prevenir doenças, bem como promover, recuperar e reabilitar a saúde. Ou seja, fundamental é que a equipe faça um esforço

para entender o que o usuário faz a partir de tudo o que fizeram com ele para promover cuidados de saúde integrais e integrados que atendam, realmente, as suas necessidades (BRASIL, 2007b).

As falas das enfermeiras parecem traduzir uma determinação ou norma imposta que organiza as USFs e estabelece quando, como, o que e quem será atendido, desconsiderando, muitas vezes, a vontade, as necessidades e a autonomia do usuário com relação à própria saúde. Esse sentido nas falas das enfermeiras reitera-se nas ideias de Santos et al. (2014) que identificaram relações burocratizadas e verticalizadas em uma USF brasileira como pontos limitantes para a participação do usuário na rotina do serviço que ceifam a sua subjetividade e individualidade nos atendimentos.

Por outro lado, algumas falas permitiram identificar que alguns dos demais trabalhadores da equipe também aproveitam o encontro com o usuário para avançar em sua demanda localizando necessidades de saúde e compartilhando-as com a equipe em busca de sua resolução. E12 relata que em um atendimento eventual um dos trabalhadores identificou violência doméstica na usuária e logo mobilizou o suporte da equipe. E9 refere que, normalmente, os usuários que menos utilizam a USF, quando vêm para solicitar consulta médica, trazem outras necessidades que são identificadas na conversa com os profissionais da equipe.

“Uma paciente procurou o serviço por causa de uma queixa pontual que estava tendo uma alteração na mama há um tempo; já tinha feito procedimento há uns anos e estava voltando, eu acho que era um abscesso. E na conversa, na coleta de dados a gente descobriu que ela sofria de violência doméstica e toda a equipe se mobilizou. [...]. Ela falou que era a primeira vez que estava contando aquilo para alguém, porque disse que sentiu confiança e que não queria que a gente contasse de jeito nenhum para o serviço social, porque tinha medo, porque nunca tinha procurado e nem denunciado por medo do companheiro, mas que esse companheiro não só agredia ela como agredia também o filho, que não era dele, e a gente teve que trazer ela também para um atendimento clínico, além do ginecológico, porque a gente também solucionou isso, encaminhou também para a psicologia e, não que a paciente soubesse, mas a gente teve que se reportar ao serviço social para que eles também apurassem melhor essa situação.” E12

“Assim, a pessoa vem para [...] a demanda de consulta médica, quando a gente escuta, ela tem, vamos supor, uma criança que está com troca de fala ou que está com dificuldade de aprendizagem, vamos supor; uma mulher vem marcar uma consulta, ela quer marcar para o marido [...] nunca faz consulta e ela está preocupada, ela vem marcar com o marido, a gente está com a pasta de família, a gente vê que aquela criança também faz tempo que não passa na consulta, aí ela comenta que a criança está com dificuldade de aprendizagem, ela comenta que aquela criança está com problema de fala, aos três anos a criança não fala nada. Ela começa a falar para a gente que está muito pesado, que está muito sofrido, que está chorando todo dia, que não sabe mais o que fazer, que está brigando com o marido. Então assim, geralmente é assim que acontece. Vem para marcar para uma pessoa e quando a gente escuta um pouco mais como funciona essa família, a gente vai percebendo que tinham outras coisas que eram até mais urgentes e que não necessariamente ela percebia como mais urgentes. Deu para entender esse movimento? É claro que tem

situações que não, que a pessoa vem, está com a rotina certinha, bonitinha e é a consulta médica de retorno. Mas tem muito disso, especialmente quem usa menos o serviço. Deu para entender?” E9

Esses relatos apontam situações que exigem do trabalhador de saúde, não apenas da enfermeira, o treino, a disposição e disponibilidade para um olhar diferenciado e ampliado que ofereça novas formas de acolher a dor e sofrimento do usuário e sua família, utilizando-se de outras ferramentas que podem compor a perspectiva da Clínica Ampliada.

A prática da Clínica Ampliada da enfermeira na AB tem se desenvolvido no trabalho juntamente com outras práticas no contexto da perspectiva biomédica, para responder às complexas necessidades de saúde dos usuários. As enfermeiras reconhecem a sua importância, mas a sua implementação ainda é um desafio, pois essa prática rompe com objetividade do trabalho na SF, evidenciando situações, sentimentos, intimidade, desejos, sentidos e significados que não contemplados em protocolos e fluxogramas tradicionais exigindo o rearranjo e combinação de outras tecnologias (MATUMOTO et al., 2011).

E8 conta que a sensibilidade e a percepção do auxiliar de enfermagem ao recepcionar uma usuária foram fundamentais para detectar abuso sexual e uso drogas em uma menina que havia procurado atendimento eventual na USF devido a lesões bolhosas na face. A enfermeira reforça: “(...) eu acredito que quando a gente tem ouvido para ouvir e olho para ver, a gente vê e a gente escuta coisas assim.”

“Uma menina veio com o pai e ela veio com uma blusa de manga comprida, shortinho bem curtinho e ela sentou, primeiro ela buscou por conta de uma lesão que ela tinha, parecia herpes, sem dar o diagnóstico, mas era semelhante, que ficava perto do nariz. [...] A auxiliar fez a recepção e mandou para o acolhimento. [...]. Mas ela ficou com aquilo na cabeça. O que ela fez? Ela levantou de lá, pegou a pasta e foi atrás de mim [...] e ela falou assim: ‘Olha, eu estou achando estranho aquela moça, porque me pareceu uma usuária de droga, sei lá. Sabe aquele negócio da Baleia Azul? [...]’. Não sei, aquela manga comprida, eu sinto que tem alguma coisa ali.’ Eu falei: ‘Se você sentiu, eu vou atender, eu chamo comigo.’ Mesmo sem a moça ter pedido [...] eu chamei. E na hora que eu chamei, ela relata... ela tinha mesmo cortes de automutilação, uso de drogas, ela realmente falou. Quer dizer, podia ser no imaginário dela, mas a gente tem essa coisa do olhar e, às vezes, uma coisa, um click que dá, você acaba pegando. E o mais grave: ela fala do abuso sexual do padrasto. Ela contou tudo, assim. Então, eu acredito que quando a gente tem ouvido para ouvir e olho para ver, a gente vê e a gente escuta coisas assim. Porque eu acho que na área tem muita coisa, talvez porque essa escuta favoreça isso, sabe? Então, eu acho que tem isso, veio por uma coisa e a gente vai... é outra totalmente adversa. Ela não procurou aquilo, [...] nós encaminhamos para aquele serviço que tem de atendimento à violência doméstica que tem do HC até. E ela já tinha feito a denúncia, ela estava muito triste, por isso ela estava enveredando para as drogas, porque a mãe não acreditou nela que era o padrasto e ela veio morar com o pai, que ela é a única filha do pai. Então, ela mora sozinha com o pai e a mãe tem três filhos com o outro que é o molestador dela, o padrasto. Mas a

mãe dela não acreditou e ainda pôs a culpa nela [...]. Então, eu coloquei a unidade à disposição.” E8

Esse caso remete, indiretamente, à importância de reconhecer sinais não verbais já especificados por Broca e Ferreira (2014) que muitas vezes têm sua compreensão limitada pelo uso de tecnologias duras. Por outro lado, alguns profissionais da equipe, assim como as enfermeiras, parecem não perceber as brechas que se abrem com o diálogo e a escuta nos encontros, dispensando o usuário que vem com uma demanda que não se enquadra na oferta de ações e serviços daquele momento.

“É um senhorzinho de idade que veio, de 86 anos. Ele chegou – e mora sozinho esse senhor – no acolhimento [...] e falou: ‘Tem consulta com médico?’ A auxiliar falou: ‘Não, a agenda abre no fim do mês.’ ‘Tá bom.’ Ele perguntou uma coisa, ela respondeu e acabou. Ela não perguntou: ‘Por que o senhor quer uma consulta? O que o senhor está precisando, é rotina, está com alguma queixa?’ Não, foi uma pergunta e uma resposta, acabou e ele saiu, foi embora. Daí ele foi embora devagarzinho, foi lá para frente, sentou, esperou um pouco, ele voltou. Sentou no acolhimento e começou a chorar: ‘Ai, por favor, será que tem como me atender? Eu não estou me sentindo bem, estou com um pouco de tontura, eu não estou bem.’ Aí que a auxiliar foi medir a pressão, foi verificar sinais vitais, foi ver o que estava acontecendo, por que ele queria a tal da consulta. E ele estava com uma alteração total dos sinais vitais, estava com tontura, [...] com bradicardia, taquicardia, bradicardia [...], aí ele já foi para a sala de urgência, aí a médica veio, atendeu e realmente ele saiu daqui regulado. Saiu daqui, já teve que colocar um marcapasso externo, a USA que veio buscar ele, 28 de frequência cardíaca e ele chegou super quietinho, sabe aquele paciente que não reclama? Eu acho que ele só voltou, porque realmente ele começou a passar muito mal, porque senão ele teria ido embora do jeito que ele veio. E ele tivesse ido embora, [...] de repente no meio da rua ele teria tido alguma coisa; é que ele não conseguiu ir embora. Ele parou ali na frente e ficou sentado. Aí eu acho que ele resolveu voltar e pedir de novo a consulta. Eu acho que esse foi um caso.” E23

Pode-se dizer que as brechas acontecem, de maneira mais ou menos evidente, no cotidiano do trabalho. Entretanto, a sua percepção parece pressupor a disponibilidade pessoal/individual dos trabalhadores e a forma de entender o desenvolvimento do trabalho na SF no modelo de atenção vigente e os aspectos que envolvem o processo saúde-doença. Nesse processo, o trabalhador precisaria dispor de um rol de ferramentas que o auxiliasse a ampliar seu olhar para captar além das demandas explícitas (travestidas de problemas de saúde), necessidades que nem sempre se caracterizam como um desvio do que é considerado normal.

No encontro com o usuário, o diálogo, a escuta e os sinais não verbais auxiliam os trabalhadores a reconhecer necessidades implícitas travestidas em demandas dos usuários. Nesse sentido, mais intensamente são disparados processos em que as tecnologias leves e leve-duras se fazem presentes. Porém, alguns integrantes da equipe parecem, ainda, não perceber as brechas e

as ferramentas utilizadas nesse movimento, reduzindo o usuário à resposta de sua demanda pontual, culpabilizando-o⁷⁰ pela sua condição, características da perspectiva biomédica.

5.4.4 A integralidade da atenção na perspectiva das enfermeiras

As enfermeiras apontaram vários aspectos relacionados aos conceitos, sentidos e dimensões da integralidade da atenção apresentados por Giovanella, et al. (2002), Mattos (2009), Cecílio (2009) e Pinheiro (2009), já trazidos anteriormente⁷¹.

E2 afirma que quando a resolução de um problema trazido pelo usuário não se enquadra no cardápio de ofertas da USF, a enfermeira precisa buscar orientação em outros serviços tais como o Conselho do Idoso, Tutelar e nos próprios Programas de Atenção à Saúde municipais, indicando que necessidades variadas e em dimensões distintas clamam por uma ação intersetorial e que somente uma ação ampliada e em rede pode apontar estratégias de intervenção mais efetivas. Assim sendo, esse pensamento indica uma pista no caminho da integralidade da atenção.

“Às vezes, foge da nossa mão, não podemos dar a ajuda. [...]. Tem muito problema social, então, a gente tem que entrar em contato com a assistente social. Nós temos isso, conversamos por telefone ou por e-mail... [...]. Tudo é a enfermeira. Nós que coordenamos isso. [...]. A gente já teve casos de precisar do Conselho Tutelar, Conselho do Idoso, tudo isso a gente tem que procurar. É ... aquele Danos e Riscos, a gente tem que procurar também. Então, a gente fica procurando ajuda. Até dentro dos próprios programas, no Programa da Saúde da Mulher, da Criança. Às vezes, se eu tenho uma coisa que eu não sei como resolver, a gente telefona lá na Secretaria e pergunta por alguém da Saúde da Mulher e pergunto o que eu faço nesse caso.” E2

A fala de E2 remete à Rede de Atenção à Saúde (RAS) que pressupõe a organização e a interligação de serviços de distintas naturezas para atender os problemas da população sendo coordenada pela AB, um dos serviços que a compõe. A RAS, assim como a AB, se desenvolve mediante uma população adscrita e a estrutura operacional do modelo de atenção (serviços, ações, fluxos, recursos). Dito de outra forma, a RAS é um conjunto de possibilidades concretas que se abrem, por meio da AB, para a resolução de demandas e/ou necessidades de saúde que se constitui conforme as características do trabalho do sistema de saúde (MENDES, 2011).

A enfermeira parece tomar a AB como um local privilegiado de relações que valorizam a subjetividade dos usuários. Dessa forma, é considerada altamente permeável para identificar seus

⁷⁰ De acordo com Santos e Penna (2013), a culpabilização reduz o problema do usuário para o seu comportamento individual sem estabelecer relações com os fatores e condições externas aos sujeitos que são determinantes para o processo saúde-doença.

⁷¹ Em 1.3 Demandas, necessidades, expectativas dos usuários na perspectiva da integralidade e o trabalho da enfermeira na página 48.

complexos e diversos problemas, sendo responsável pela sua resolução a partir do apoio dos serviços que compõem a RAS.

Nesse sentido, a fala de E2 corrobora, indiretamente, a ideia de Starfield (2002) quando esta alega que a variedade e complexidade de problemas de saúde na AB é muito maior do que em qualquer outro nível de atenção e, portanto, a variedade de intervenções também deve ser mais ampla. A autora ainda defende que a integralidade, enquanto atributo da AB, exige o reconhecimento adequado das distintas necessidades de saúde dos usuários e disponibilização de recursos, na rede de atenção, para abordá-las e tratá-las.

Alguns dos serviços buscados por E2 localizam-se fora do setor da saúde, caracterizando a intersectorialidade. A intersectorialidade é uma prática social que envolve a articulação entre setores diversos que tem diferentes saberes, poderes e experiências para auxiliar o setor da saúde a abordar e enfrentar os aspectos que conformam as necessidades dos usuários (FEUERWERKER; COSTA, 2000).

Starfield (2002) reforça que a integralidade implica que as USFs façam arranjos para que o usuário receba todos os tipos de cuidados mesmo que tenham que ser encaminhados para outros serviços. Nessa perspectiva de encaminhamentos, E28 alega que todos os usuários recebem, sob o seu ponto de vista, atendimento integral. A enfermeira dá a entender que a integralidade parece algo simples de alcançar tendo relação com a oferta de ações, serviços e profissionais oferecida pela USF. Se a equipe localizar um problema cuja resolução não compete à oferta local, direciona o usuário para o nível de atenção correspondente, onde terá garantida a assistência, um dos conceitos de integralidade trazidos por Giovanella et al. (2002).

“Um usuário que recebe atenção integral? São todos. [...]. Uma criança que acabou de nascer [...]. A gente faz todo o acompanhamento dele, por enquanto só não temos a vacina, mas o atendimento é integral. Desde odonto, o teste do Pezinho, enfermagem, pediatra, o acompanhamento de visita domiciliar de agente, de auxiliar de enfermagem, enfermeiro [...]. Qualquer paciente que precisa de atenção, [...] vai ser integral. Eu vejo assim, se o médico atende ou se a gente atende. Ver a necessidade com o médico, a gente já consegue, tem a facilidade de chegar: ‘Precisa de um atendimento mais rápido, você pode ver?’ Ela atende. Se precisar de encaminhar, encaminha. Se o encaminhamento está demorando, a gerente entra para tentar agilizar. Então, eu acho que todos têm um atendimento integral, mas se for ver... o maior é o recém-nascido.” E28

Nesse mesmo sentido, E11 afirma que na USF o atendimento é integral, pois a usuária, no caso gestante, recebe todo o atendimento preconizado na USF, sendo atendida por diversos profissionais da equipe. Se a gestante apresentar algum problema que fuja da resolutividade da AB por meio da SF, ela será encaminhada e assistida por outros trabalhadores em outro nível de atenção, em um serviço de referência, sendo que o atendimento especializado oferecido à gestante

é um dos sentidos da integralidade discutidos por Mattos (2009) em que grupos específicos da população devem ter suas necessidades atendidas.

“No momento em que a pessoa chega com uma demanda de um atraso menstrual e identifica uma gestação; é atendida, faz o pré-natal completo; no momento que é identificada uma alteração é encaminhada para um serviço terciário de referência, é atendida e lá recebe o atendimento multidisciplinar, por exemplo. Além de receber aquele multidisciplinar que no mínimo recebeu comigo e a ginecologista, eu acho que já pode considerar multidisciplinar e pelo técnico, pelo laboratório e pelo médico que fez ultrassom, enfim. E lá, ela recebeu também acompanhamento psicológico, acompanhamento de outros profissionais de nível superior e de nível técnico. Considero um atendimento multidisciplinar ou interdisciplinar completo, integral.” E11

E11 ainda considera o atendimento da gestante na USF e seu encaminhamento ao setor especializado como integral, multi ou interdisciplinar. No entanto, parece haver uma certa “confusão” de conceitos referentes à multidisciplinaridade e interdisciplinaridade. Luz (2009) afirma que esses dois paradigmas científicos não são sinônimos, tal como foi abordado no relato. O conceito de multidisciplinaridade se sustenta no campo da Saúde Pública que intervém em um objeto por meio de saberes e práticas de profissionais de diferentes disciplinas e especialidades de áreas básicas que se somam.

O da interdisciplinaridade se caracteriza pelo aparecimento de novas disciplinas, para além daquelas de áreas básicas do conhecimento que apresentam novas perspectivas para abordar um objeto (LUZ, 2009; PEDUZZI et al., 2013). Portanto, entende-se que E11 se refere à integralidade como uma abordagem multidisciplinar.

Além desse aspecto, na fala do encaminhamento está presente o elemento que daria o tom da integralidade da atenção, sem ao menos apontar que caberia também à USF a coordenação da atenção (STARFIELD, 2002) prestada à gestante como um componente importante, caracterizando a integralidade numa perspectiva de rede (MATTOS, 2009).

E7 afirma que a resposta que o usuário precisa, muitas vezes, não depende somente de suas atribuições e sim de outros núcleos de atuação, pois a visão ampliada sobre o processo saúde-doença parece exigir outros saberes mais específicos, oriundos de campos distintos e de profissionais com formação distinta.

“Então, o meu trabalho tem de importante... O que eu posso fazer, o que eu posso orientar para ajudar o paciente naquele momento? Só que às vezes é difícil, porque às vezes o que ele precisa não depende só de mim, depende de um outro tipo de estrutura [...] um serviço social, uma psicologia. Então assim, eu adoro fazer o meu trabalho, mas o meu trabalho não tem uma resolutividade amanhã, depois de amanhã. Ele é demorado porque eu tenho que buscar outras ajudas. Se fosse só a parte do meu, o que eu puder fazer, se for da minha área só, tudo bem. Mas como nós enxergamos o paciente como um todo, não depende só de mim, depende de outras instâncias. É, então, depende de outros trabalhos.” E7

A fala de E7 corrobora as ideias de Andrade et al. (2006) quando estes autores afirmam que a integralidade da atenção requer a atuação de várias categorias profissionais para responder aos problemas dos usuários. Porém, esse movimento deve ser dinâmico e articulado de maneira que os diversos profissionais desenvolvam seus conhecimentos específicos em conjunto para construir um novo campo de saber comum a todos os trabalhadores. De acordo com os autores, esse movimento é um desafio, pois exige humildade e respeito mútuo para reconhecer a interdependência entre os trabalhos, além de compromisso com princípios e diretrizes da SF.

No núcleo de atuação da enfermeira, a integralidade da atenção também pode ser alcançada de maneira focalizada para que cada trabalhador dentro de seu próprio processo de trabalho reconheça as necessidades dos usuários (CECÍLIO, 2009; PINHEIRO, 2009; FRACOLLI et al., 2011).

Nesse sentido, E19 declara que na consulta de enfermagem aborda distintos aspectos da vida do usuário, dando espaço para o diálogo e não se importando em ultrapassar o tempo preconizado para o atendimento clínico. E8 aponta que faz o que estiver a seu alcance, no âmbito de sua competência para atendê-lo de maneira integral, sendo, portanto, pistas para reconhecer as necessidades dos usuários.

“A abordagem, pelo menos a minha enquanto enfermeira, vai desde que como é que você faz para dormir, como é que está seu trabalho, como é que está sua vida em casa, seu marido, seu xixi, seu cocô, sua alimentação, enfim. A consulta em si aborda várias coisas daquela pessoa, o que ela traz que é sempre mais importante, porque a gente precisa partir daquilo e dar resposta para aquilo do que ele traz, porque é muito frustrante quando você vai procurando uma coisa: ‘Nossa, ela perguntou de tudo, mas aquilo o que eu estava mais angustiada...’ Eu acho que a gente não pode cometer isso. Mas a consulta em si tenta ser de uma maneira muito abrangente, tanto é que eu ponho uma hora para consulta e ponho mesmo, não estou nem aí, porque é o tempo de eu fazer anamnese, exame físico, diagnóstico de enfermagem e o mais importante que é negociar, conversar com o paciente quais são as metas. Então, integralidade nesse sentido... [...]” E19

“Trabalhar na integralidade é difícil, a não ser aquilo que a gente faz por ele que você tenta fazer. Aquilo o que ele buscou com você, você tenta ajudá-lo na integralidade do assunto que ele te buscou, vamos dizer assim. Mas o cuidado dele, do que ele precisa para poder abarcar todas as necessidades dele, eu acho que fica devendo ainda. O que compete a mim profissional, eu tento ser na integralidade para ele agora.” E8

A fala de E8 reforça a dificuldade de trabalhar na perspectiva da integralidade indicando que a atenção integral implica, além da visão ampliada do profissional em relação à demanda do usuário, em uma articulação dos distintos trabalhos que se torna indispensável para que as necessidades sejam identificadas e se tenha a perspectiva de uma ação em rede para além dos núcleos profissionais específicos e isolados.

Na direção da integralidade focalizada, uma das observações da USF 2 revela a preocupação da Enfermeira 1 com os distintos aspectos da vida de uma usuária durante a consulta de enfermagem. Apesar da Enfermeira 1 ter antecipado a consulta da usuária, aproveitando sua vinda à USF para retirar uma declaração médica, aproveitando dessa forma a brecha estabelecida, a usuária parece não perceber a mudança que a Enfermeira 1 fez na agenda para seu benefício.

A Enfermeira 1 mostra disponibilidade para escutar a história atual da usuária e o motivo da solicitação da declaração médica, ao mesmo tempo em que realiza a auricoloterapia, um cuidado alternativo aos procedimentos da lógica biomédica. Essa prática pode ser agrupada ao conjunto de outras técnicas não tradicionais realizadas em uma USF paraibana, descrito por Oliveira et al. (2012).

A usuária não reconhece esse espaço de escuta e diálogo como relevante no acompanhamento de saúde, definindo a consulta com a enfermeira como um local onde “se joga conversa fora”, parecendo dar mais importância à consulta médica, reproduzindo assim, as propriedades da perspectiva biomédica.

Início da OBS da USF 2: 10h10min

Enfermeira 1 e observadora estão no consultório quando uma usuária aparece na porta e diz: “Oi, Enfermeira!”

Enfermeira 1: “Oi, Fulana. (Observa o horário). Vamos fazer (a consulta) hoje?”

Usuária diz: “Sabe o que precisava ter aqui no posto? Uma psicóloga! Pra gente não ficar quebrando a cabeça... Enfermeira, eu vim só pegar um relatório do médico.”

Enfermeira 1: “Então, vamos fazer hoje, aí amanhã, a senhora não precisa vir e fica mais livre.”

Usuária: “Tá!” (E vai contando sobre sua alimentação, tirando dúvidas sobre batata, inhame e mandioca).

Enfermeira 1 prepara o material para realizar a auricoloterapia na usuária e organiza as cadeiras dentro do consultório.

Enfermeira 1 (em tom agradável): “Eu tô sentindo a senhora mais disposta, mais animada.”

Usuária se senta e diz: “Eu tô. Tô tomando ômega 3 e esse negócio aí que você tá fazendo em mim, tá ajudando também.” (Referindo-se à auricoloterapia).

Usuária começa a contar sobre sua relação com o neto.

Enfermeira 1, em pé ao lado da usuária, executa a auricoloterapia enquanto ouve o que a usuária tem para contar sobre sua vida.

Enfermeira 1: “Que relatório é esse que a senhora veio pegar?”

Usuária: “É um relatório pra levar pra penitenciária e de lá vai ver se ele (o filho) passa no médico.” (Enfermeira pega na mão da usuária como se a confortasse).

Enfermeira 1 e usuária conversam sobre a sentença judicial do filho e da relação dele com o neto e das dificuldades de cuidar do neto, já que a mãe do menino abandonou a criança.

Enfermeira 1 pergunta como é a alimentação do menino e usuária responde.

Enfermeira 1 orienta sobre alimentação da criança.

Usuária se queixa que o menino não para um minuto e que ela não aguenta ficar correndo atrás dele.

Enfermeira 1: “Mas ele é saudável.”

Usuária: *“Mas tem dias que eu fico brava, grito com ele, porque eu não aguento.”*

Enfermeira 1: *“Experimenta colocar ele em atividade física. Pode ser uma saída.”*

Usuária: *“Mas aonde eu vou?”*

Enfermeira 1: *“Eu vou ver. Talvez na Cava do Bosque ou em algum projeto social. Eu vou ver com o educador físico depois eu falo pra senhora.”*

Usuária: *“Ah, mas não pode ser muito longe, se não fica difícil pra mim.”*

Enfermeira 1: *“Ah, tá.”*

Usuária: *“Eu vou comprar maracujina: metade pra mim, metade pra ele (o neto).”* (E as duas começam a rir).

Usuária: *“Deus vai me ajudar a passar essa fase.”* (E conversam mais um pouco sobre alimentação saudável).

Usuária: *“Agora deixa eu ir que já jogamos conversa fora. Tchau, enfermeira!”*

Enfermeira: *“Tchau, Fulana”.*

Enfermeira 1 comenta com a observadora a história do filho da usuária que está encarcerado.

Término da OBS da USF 2: 10h45min

Esses resultados remetem às concepções de integralidade focalizada e ampliada trazidas por Cecílio (2009), Pinheiro (2009) e Fracoli et al. (2011). Além disso, é importante dizer que a representação da integralidade focalizada e da ampliada tem relação com a compreensão que as enfermeiras têm sobre os determinantes do processo saúde-doença, haja vista a observação da USF 2 e a contradição entre as falas de E8 e E28 que generaliza a integralidade “empurrando” esse atributo para outros profissionais e serviços.

Nesse sentido, E9 reforça as falas anteriores, ampliando, contudo, a ideia da abordagem integral para a atuação da equipe, compartilhando um dos casos nos quais a equipe faz movimentos de busca da integralidade para resgatar as vulnerabilidades psicossociais e entender a necessidade mais latente dos usuários para produzir cuidados mais assertivos.

A fala de E9 converge com as ideias de Mendes (2011) quando este autor aponta que a AB trabalha com usuários sob condições de vida complexas que se apresentam nas USFs, por meio de demandas e necessidades, de forma persistente exigindo respostas proativas, contínuas e integradas dentro do sistema de saúde.

“Lembro de uma outra que veio por uma dor no estômago, umas medicações meio estranhas, confusas. A gente fez uma visita domiciliar para entender melhor a situação, o que era mesmo que ela precisava. [...] A gente tentou achar ela em casa, ela não estava, ela tinha dormido no bar porque ela trabalhava no bar. Mas o que aconteceu, ela dormiu no bar, veio à tona uma questão de violência com risco mesmo, [...] o companheiro tentou matar ela já algumas vezes e a partir das orientações todas ela conseguiu judicialmente que esse companheiro saísse de casa e isso foi disparado a partir das nossas orientações. Então assim, eu acho que não consigo te trazer um supercaso, eu acho que a gente está sempre fazendo movimentos de integralidade. Como sair do biológico, incluir o psico, o social que na teoria parece que é separado e no dia a dia chega inteiro, chega junto e misturado que às vezes a gente nem sabe direito qual é o mais importante e nem por onde começar. Eu acho que é isso.” E9

E22, E19, E8 evidenciam dificuldades para o atendimento integral quando outros setores (Conselhos Tutelar, Conselho do Idoso e Assistência Social) são acionados, porém não estão disponíveis ou são morosos para avaliar e receber os casos que necessitam de intervenção especializada. E22 sugere uma coordenação mais presente da gestão municipal para com esses serviços e E19, uma postura mais ativa do Conselho Tutelar. E8 recomenda mais responsabilidade e compromisso da Assistência Social.

“Agora fora daqui a gente precisa muito do serviço social aqui do lado. Não é [...] aquela parceria maravilhosa. Poderia ser porque é aqui do lado, mas não é. Eu acho que eles ficam muito mais nas nossas costas do que a gente neles. Eles usam muito a gente: ‘Ah, é pesar para o Viva Leite.’ Mas quando a gente precisa de serviço social, fazer uma visita, é com muito custo. Eu já precisei comunicar o Conselho do Idoso em algumas situações e o Conselho do Idoso pede visita para o serviço social. O serviço social às vezes não vai [...]. O Conselho Tutelar, a gente usa muito e precisa muito [...] porque tem [...] muita criança sem vacina, que a gente fica, pede, vai, explica, e fala, e orienta, e a mãe não leva, [...] muita menina grávida que vem aqui sozinha [...]. A gente tem muito isso aqui, [...] famílias muito desestruturadas. Então, eu preciso muito do Conselho Tutelar, da Assistência Social. [...]. Assim, a Secretaria da Saúde na parte assim, a gente poderia ter uma coordenação [...] melhor.” E22

“Essa questão de às vezes quando você precisa de outros setores, outros serviços, é terrível. Conselho Tutelar, a experiência é péssima, tanto da questão de negligência, de caso que você manda e ninguém faz nada há um ano. Esse caso, desse menino que eu contei, é um caso que está no Conselho Tutelar há um ano e meio, mas mandando repetidamente, um dia o Conselho falou assim: ‘Ah, eu chamei a mãe para vir aqui, mas ela não veio.’ E eu falei: ‘Mas ela não vai, ela é usuária de droga. Você vai ficar esperando ela ir até você?’ Então, às vezes, você tem que ensinar, não é ensinar, mas é difícil, porque você precisa contar com esse outro setor para resolver muita coisa. [...]” E19

“Essa integralidade, eu vejo muito isso, às vezes eu sinto falta da Assistência Social fazendo junto. Mesmo eu mandando, ela fala: ‘Eu estou mandando para o outro que não é meu.’ Sabe aquela coisa, mesmo sabendo que é, mas, não é? Então assim, o trabalho em rede também evita a integralidade, porque ele só está no papel. [...] Evita, porque se ele não cumpre, não adianta. Está bonito no papel que ele pode contar com esse, com aquele e com a outra, mas quando você chama para fazer um Projeto Terapêutico Singular, (enfermeira olha no sistema buscando uma informação) ... Espera aí, deixa eu ver primeiro... (balança a cabeça negativamente) ... é... ninguém responde.” E8

Nessas falas, as enfermeiras criticam a passividade de outros setores que parecem se desencontrar com o trabalho da AB, não compreendendo a integralidade da assistência como um princípio doutrinário que orienta o trabalho das equipes de SF. E19 parece refletir sobre a reatividade do Conselho Tutelar ao questionar: “(...) Você vai ficar esperando ela ir até você? (...)” e reconhecer, implicitamente, o papel da AB em orientar e coordenar o cuidado na rede: “(...) Então, às vezes você tem que ensinar(...), porque você precisa contar com esse outro setor para resolver muita coisa”. Portanto, essa reflexão aponta uma forte pista na direção da integralidade da atenção.

E8 menciona o Projeto Terapêutico Singular como uma possibilidade de articular os distintos trabalhos em prol da integralidade da atenção aos usuários (BRASIL, 2007b), mas dá a entender que o Projeto parece não ser visto, pela Assistência Social, como uma ferramenta intersectorial para integrar condutas, pois não há retorno à AB quando esta apresenta um caso para discussão.

Essas falas ensejam uma reflexão: se muitas vezes nós, trabalhadores da saúde, não conseguimos pensar e agir na perspectiva da integralidade, como outras instâncias conseguirão se não há uma política adotada no nível municipal que busque articulação das ações entre os diversos setores que se fazem necessários para constituir a rede de atenção?

A dificuldade em acolher, avaliar e tratar os usuários não se restringe aos setores listados anteriormente que se localizam fora do sistema de saúde. Segundo E23, os níveis de atenção secundário e terciário apresentam demanda reprimida para várias especialidades em que há necessidade de encaminhamento de uma situação clínica identificada na USF sendo que, muitas vezes, ela se agrava e a ação referenciada a outro serviço de saúde acaba se resolvendo via atendimento de urgência.

“A gente tem um nível secundário e terciário que infelizmente cada vez mais [...] a demanda está reprimida que não resolve os casos. E volta para a gente o pepino ou fica na nossa mão o pepino, porque o paciente vem para cá e briga por uma coisa que [...] ele tem razão, mas que não está na nossa governabilidade de resolver. Demanda reprimida para ortopedia, mais de ano. Então, ele chega aqui, ele é encaminhado, nossa parte a gente fez, [...] a gente seguiu o protocolo, só que o secundário não atende porque não tem vaga, o terciário não atende porque não tem vaga, então, aquilo que era eletivo vira urgência para ser atendido. Uma hérnia tem que encarcerar para fazer a cirurgia, um problema na perna tem que virar trombose para conseguir internar. Então, a gente por não ter resolutividade do secundário e do terciário a coisa fica na nossa mão e isso dá um pouco de aflição. Então, a gente vai ficando com as pendências [...] ver encaminhamento disso, [...] de outra coisa. Mas não adianta, a gente manda o e-mail para a Secretaria [...] e não adianta, a resposta deles parece que é meio padrão: ‘Demanda reprimida, aguardar.’ [...]” E23

E23 questiona a falta de resolução dos outros níveis de atenção da rede: *“(...) então, aquilo que era eletivo vira urgência para ser atendido. Uma hérnia tem que encarcerar para fazer a cirurgia, um problema na perna tem que virar trombose para conseguir internar (...)”*, que empurra o problema do usuário de volta para a AB, já que ele fica sem acesso a procedimentos de maior densidade tecnológica.

Nessa mesma direção, E31 aponta a situação de usuários que apresentam um quadro de drogadição que, ao procurarem a USF, não encontram uma possibilidade de atendimento que acolha sua demanda imediata, o que desestimula a procura voluntária desses dependentes

químicos por internação, agravando um diagnóstico clínico que de eletivo acaba se tornando urgente, como já pontado por E23.

“Às vezes a demanda é maior, a fila de espera é grande ou às vezes por não ter mesmo. A gente tem bastante problema com usuário de droga. Às vezes eles vêm, procuram o serviço, demonstram o interesse em parar ou querem uma internação e não depende do nosso serviço. A gente não tem uma porta aberta. Tem o CAPS, mas a gente sabe que o CAPS também tem uma demanda muito grande, tem a fila de espera. É porta aberta, mas não é atendimento imediato. [...]. É tudo agendado, programado, tem que frequentar os grupos para conseguir aderir e quando eles batem aqui na porta não é bem o que eles querem. Eles querem sair daqui, dentro de uma ambulância e ir direto para um lugar fechado que eles vão receber tratamento médico e isso a gente não tem. E assim, [...] os usuários de droga, a gente sabe que é difícil, porque eles não estão o tempo inteiro naquela situação de buscar ajuda. É momentâneo, porque a hora que eles sentirem a vontade da droga, eles já desistem da vontade da ajuda. Aí a gente tem um pouquinho de carência. A gente fala: Tem que ser na unidade X. Tem que ser na UPA. E nem sempre eles conseguem ficar esperando a hora que a gente tem a oportunidade de oferecer o serviço.” E31

As falas de E23 e E31 corroboram os dados de estudos que indicam dificuldades de acesso/acessibilidade aos serviços especializados de regiões de saúde catarinenses, paranaenses e paulistanas que refletem a desorganização do sistema operacional, a falta de recursos financeiros, físicos e humanos especializados que empacam a resolução de demandas e necessidades dos usuários e interferem na integralidade da assistência (ERDMANN et al., 2013; SILVA et al., 2017; SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

Além da lentidão e/ou da indisponibilidade desses serviços especializados na rede de saúde, na própria USF parece haver profissionais que não se responsabilizam pelo encaminhamento dos usuários, atrasando seu atendimento e resolução de sua demanda ou necessidade que acaba ficando na mão de um determinado trabalhador, apesar de toda a discussão sobre o compromisso e responsabilidade da equipe de SF pelos usuários.

“Por exemplo, paciente que foi para o hospital X, na urgência, encaminhou daqui. Daí dois dias saiu porque o hospital não pode encaminhar para um outro lugar, o secundário. Então, ele tem que voltar: ‘Mas como, não sou eu.’ ‘É quem? Eu vou encaminhar?’ Aí ele sugeriu, o hospital Y, sugeriu outra coisa e veio com a cartinha e bateu no acolhimento; não era nem da minha área. E eu falei: ‘E eu faço o que com o paciente?’ Então, tem essas coisas, sabe? Isso aí também dificulta um pouco o trabalho, que às vezes você fala: ‘O que depende de mim eu faço e o que depende do outro profissional?’ Muitas vezes não acontece.” E10

Todas as entrevistadas disseram que ninguém trabalha sozinho, porém, os distintos trabalhos devem ou deveriam estar integrados, interligados ou amarrados como em uma rede para que os saberes e as práticas de cada trabalhador se complementem e beneficiem o usuário, ideia que converge com a dimensão ampliada de integralidade em uma perspectiva mais “macro”

defendida por Mattos (2009). Essa fala, portanto, revela uma importante pista para alcançar a integralidade da atenção.

“Eu acho que todo trabalho depende, a gente não consegue trabalhar sozinho. Então, é uma rede mesmo que a gente... principalmente na Atenção Básica. Se a gente não estiver em uma rede de saúde, a gente não consegue... porque não adianta a gente vir aqui, a gente tentar fazer [...] o nosso trabalho, mas se a gente precisa encaminhar o paciente para outro lugar, esse outro espaço não está interagido conosco ou com o próprio paciente, então, a gente tem muito encaminhamento aqui ao Conselho Tutelar, ao CAPS, [...] que se a gente não tiver uma integração entre esses locais de trabalho, [...] essa rede mesmo, a gente não consegue [...] atingir um objetivo que é único, que é o paciente [...]. Então, a gente tenta ao máximo referência-contrarreferência nesses outros locais para a gente conseguir dar uma melhor assistência para o paciente.” E25

Nesse caminho de integração dos trabalhos, E20 compartilha uma situação na qual um usuário acamado estava sendo atendido por diferentes equipes de saúde. Todavia, a assistência era fragmentada, sem um plano de cuidados em comum o que nos remete ao modelo biomédico de atenção por meio do qual cada profissional, dentro de seu núcleo de atuação, executa uma tarefa isoladamente, sem um objetivo ou plano de cuidados em comum.

“Tinha outra paciente que [...] ficou acamada por conta de uma fratura e recebeu visita da equipe da unidade, eu fazia o curativo [...] E ela recebia atendimento da unidade X, da equipe do integrado, fazia segmento também na ortopedia por conta da fratura e recebia visita da fisioterapia do Serviço de Atenção Domiciliar [...]. Então, ela tinha o integrado, o SAD e a equipe da unidade que faziam o acompanhamento dela. Às vezes, eu fazia visita e já tinha profissional de outra equipe que estava atendendo ela na hora da minha visita, sabe? Muitas vezes aconteceu isso: então, tem pacientes que a gente precisa fazer um plano junto com outros profissionais para complementar, junto com outros serviços para complementar essa assistência.” E20

E19 esclarece que a interação dos trabalhos pode ser facilitada pelo sistema informatizado que disponibiliza as condutas de diferentes profissionais de outros serviços no prontuário *on-line* do usuário e por meio de reuniões com os trabalhadores que participam da produção dos cuidados.

“A paciente passou aqui em consulta hoje. Aí foram solicitados alguns exames ou da rotina ou não. [...]. Ela vai amanhã no pronto-atendimento ou volta no mesmo posto e é outro médico que a atende, eles nem olham que aquele exame já está pedido, eles pedem de novo, entendeu? [...]. Agora não mais porque eles bloquearam, então, se o paciente já tem exame pedido, você não consegue pedir outro. Mas antes não, entendeu? [...]. E uma das coisas também que contribui para isso é o fato de o sistema não ser informatizado. Agora começa um pouco esse movimento, porém se a pessoa passa no serviço de saúde e depois ela passa em outro, a gente não sabe o que aconteceu, qual foi a conduta, qual foi a orientação. Uma das coisas que está melhorando agora é a anotação eletrônica, então, isso melhora muito. [...]. Por exemplo, tem uma criança nossa em uma OnG, [...] é uma criança que tem vários problemas: [...] a mãe é usuária de droga, violenta, ela sofre violência do avô, é uma criança muito difícil, (com) uma adesão (de saúde) irregular, segue no neuro. E aí a psicóloga sempre discute com a gente como é que está o andamento dela lá ou pergunta como é que está a saúde dela aqui. E já teve duas vezes que a gente fez uma reunião, porque é um caso que também é acompanhado pelo CREAS e CRAS, e a gente fez uma reunião

com todo mundo junto, então, saúde, Assistência Social, a OnG X, para discutir o caso específico.” E19

Nessa direção, Starfield (2002) sustenta que o desenvolvimento de sistemas de informação integrados e o planejamento de ações em conjunto permitem compartilhar condutas e estabelecer responsabilidades na assistência aos usuários. Contudo, dada a complexidade das situações de vida e condições de saúde dos usuários, ter a tecnologia dura disponível, sem dúvida é de grande importância para a equipe, entretanto outras estratégias precisam ser identificadas e acionadas para efetivar a integralidade da atenção, tais como reuniões de equipe, projetos em comum e Projetos Terapêuticos Singulares.

E14 e E6 revelam que apesar de o usuário ser encaminhado para outros atendimentos na rede de atenção, a USF continua sendo a referência para aquele usuário, reforçando a responsabilidade da AB, por meio da SF em coordenar o cuidado na rede de atenção.

“Tem uma família que é ajudada pela escola, por exemplo. A escola faz vaquinha para comprar alimentos para a família, a gente sabe que o CRAS está envolvido, a gente tenta fazer toda essa ligação dos equipamentos em rede aí. A gente percebe que são vários casos que são acompanhamento integral. Mesmo que ele vá ser referenciado para um atendimento secundário, terciário. A gente continua sendo a referência. A gente procura saber como ele está, se a gente tem algum contato, com o HC é mais fácil. Então, a gente tem essa... tenta fazer o máximo desse atendimento integral.” E14

“Eles (o NASF) pedem a devolutiva nossa, porque assim, mesmo estando encaminhado, não significa que ele não é mais nosso. Sabe, ele vai continuar morando aqui. Então, a gente faz sim. É que está muito novo ainda. A gente teve na verdade, duas reuniões com o NASF. Então, em uma a gente passou; na segunda eles trouxeram uma devolutiva. Realmente encaminharam, mas a gente está de olho, [...] está sempre acompanhando.” E6

Apesar de algumas enfermeiras compreenderem a responsabilidade da SF pela coordenação do cuidado do usuário na rede de atenção, E4 expõe um caso no qual uma usuária, portadora de DST, faz acompanhamento em outro nível de atenção e não frequenta a USF, pois recebeu a orientação de que a SF não resolve seu problema de saúde.

“Eu tinha uma paciente HIV positiva e já está em SIDA C3, último tratamento que tem. [...]. Se ela não aderisse a esse tratamento não tem outra possibilidade. [...]. Ela vinha aqui e como ela passava no HC, ela recebeu a resposta que tinha que procurar o HC, porque ela era atendida lá e problema de saúde dela era lá e não tinha a ver com a gente. Então, assim: ela não frequentava a unidade. E a gente tem muitos pacientes, muita família aqui em volta que não frequenta a unidade; vai só no secundário, inclusive na minha área. Então, eu pego os relatórios das meninas, que partir desse ano, elas têm que fazer relatório das visitas, eu vejo que a paciente nunca passou aqui. Ele passa no cardiologista, no nefrologista... E o paciente, que é paciente grave, porque ele já está no terciário sem frequentar a unidade. Aí, você vai às vezes perguntar: ‘Ah, porque não é lá (na unidade) que resolve. É em outro lugar.’ Então, você não tem esse tipo de vínculo.” E4

A fala expõe também que outros usuários e famílias estão na mesma condição: frequentam serviços especializados sem o acompanhamento pela SF que parece não ser a referência para o

usuário na rede de atenção. Essa situação evidencia, de certa forma, uma fragmentação do usuário que parece ser dividido pelos serviços da rede conforme a condição que necessita de tratamento e acompanhamento.

Nesse sentido, se o usuário apresenta diferentes necessidades e problemas e cada local da rede trata um deles, quem junta todas as respostas, possibilidades, intervenções e enxerga o usuário como a soma ou como o amálgama de todas elas? Pelo relato de E4, parece que a USF não exerce, ainda, esse papel de coordenadora do cuidado (STARFIELD, 2002).

Uma das observações da USF 1 demonstra o caminho de uma usuária e sua filha na rede de atenção. Segundo relato da filha, a usuária, portadora de Alzheimer, trata a doença no CAPS que a encaminhou (por meio de uma guia de referência em papel) para a USF onde deveria tratar uma DST que parece ter sido recém-diagnosticada. Entretanto, parece que a usuária nunca foi atendida pela USF, fazendo tratamento somente no CAPS, realidade semelhante à compartilhada por E4.

Ao receber a usuária e sua filha, a Enfermeira 1 mostra disponibilidade para escutar a história da usuária e orienta sobre a doença e o tratamento na USF, porém a filha da usuária parece não compreender a fragmentação do cuidado destinado à mãe que fará acompanhamentos na USF e no CAPS por distintos motivos. Além disso, os trabalhadores do CAPS parecem não ter escrito claramente a situação de saúde no papel trazido pela filha da usuária, por isso a Enfermeira 1 toma a iniciativa de ligar para um outro setor e perguntar o deveria fazer com relação à notificação da DST.

Início da OBS da USF 1: 11h15min

Usuária entra no consultório acompanhada de sua mãe idosa, segurando uma folha verde e diz: *“Minha mãe precisa tomar penicilina porque tá doente. Mas a médica não deu a receita. Só esse papel.”*

Enfermeira 1 que está sentada em frente ao computador de sua mesa olha para a usuária e diz: *“Posso ver esse papel?”*

Usuária se senta na cadeira ao lado da mesa da enfermeira 1 e sua mãe fica em pé.

Enfermeira 1 diz para a usuária: *“Para sua mãe tomar penicilina, tem que ter receita.”*

Usuária: *“Como eu faço pra pegar? Passo lá na frente?”* (Referindo-se ao acolhimento).

Enfermeira 1 lê o encaminhamento verde e identifica ser de um dos CAPS do município.

Enfermeira 1 conversa com a usuária para entender o encaminhamento mais detalhadamente e verifica que se trata de um encaminhamento do CAPS para tratar sífilis na USF.

Enfermeira 1 explica à usuária sobre a sífilis, sobre o tratamento, acompanhamento e importância de trazer o pai para realizar exames.

Mãe da usuária diz que vai esperar lá fora e se senta na sala de espera. [...].

Enfermeira 1 diz em voz alta: *“A enfermeira do CAPS encaminhou para cá, sem receita, pedindo uma sorologia para sífilis.”*

Enfermeira 1 pensa e conclui: *“A médica não prescreveu e orientou só de boca.”* (E explica à usuária que o tratamento da sífilis será na USF, mas o acompanhamento no CAPS continua por motivos psiquiátricos).

Enfermeira 1 agenda consulta médica para a mãe da usuária ainda na semana.

Usuária diz: *“A médica não vai gostar do tratamento aqui.”*

Enfermeira 1 reitera que o acompanhamento no CAPS continuará e a sífilis será tratada na USF. [...].

Enfermeira 1 diz em voz alta: *“Eu vou ligar lá na vigilância pra ver se já tem notificação dessa paciente”*.

Enfermeira 1 pede para a usuária aguardar, dirige-se à recepção e faz a ligação para a vigilância epidemiológica do município: *“Alô, Fulana? É a Beltrana da USF X. Tudo bem? Tenho duas coisas pra te perguntar: uma é sobre um paciente com dificuldade pra colher o escarro. (Conta a história da família e escuta a orientação). E a outra é a seguinte...”* (E conta a história da mãe da usuária que está atendendo). [...].

Enfermeira 1 ouve a orientação pelo telefone e diz: *“Ah, então, não tem notificação, ainda? Tá, bom, Fulana, vou fazer por aqui então, caso novo de sífilis. Obrigada, Fulana. Tchau.”*

Enfermeira 1 dirige-se até a farmácia e verifica que no sistema não há nenhum registro de retirada de benzectacil pela usuária ou sua família.

Enfermeira 1 entra no consultório e continua as orientações à usuária. [...].

Usuária diz: *“Minha mãe também tem Alzheimer e toma um monte de remédio. Ela trata do Alzheimer lá no CAPS.”*

Enfermeira 1 compartilha com a enfermeira 2, a conversa pelo telefone e diz que conhece a enfermeira do CAPS que fez o encaminhamento. Enfermeira 1 diz que a colega conhece a rede e deveria ter feito o serviço de outro jeito.

Enfermeira 2 reforça as orientações à usuária e enfermeira 1 anota o nome do pai, confere dados pessoais, lembra a data da consulta médica e anota a data no cartão da família.

Enfermeira 1 pergunta: *“Você ficou com alguma dívida?”*

Usuária: *“Por enquanto, não.”*

Enfermeira se coloca à disposição da família, usuária agradece e sai do consultório.

Término da OBS da USF 1: 11h50min

Nessa observação, a Enfermeira 1 utiliza distintas tecnologias (duras, leve-duras e leves) para compreender a demanda da usuária e gerenciar o cuidado, agendando consulta médica e orientando a filha. Enfermeira 1 aciona outro setor da rede para obter informações, mas não busca integrar ou articular os cuidados com o CAPS, apesar de conhecer a enfermeira do serviço que fez o encaminhamento, o que poderia facilitar o diálogo e a discussão do caso. Durante a semana de observação, não foi verificada a troca de informações entre a Enfermeira 1 e o ACS responsável pela visita à família, no sentido de acompanhar, mais de perto, a usuária idosa, portadora de doença crônico-degenerativa e DST e detectar outras possíveis necessidades.

E32, curiosamente, associa a integralidade da atenção com a autonomia do usuário em decidir sobre a sua vida, em obedecer ou não às orientações da equipe que depende de seu contexto social. A enfermeira esclarece que a integralidade, no âmbito da USF, é realizada, porém a efetivação completa desse atributo depende do usuário e de vida que ele leva.

“Se você for ver, integral, é no contexto em que ele vive [...]. E [...] eu não vejo que se consegue isso. Por quê? [...] Muitas das coisas que são vistas como integralidade, a gente orienta, mas a gente não sabe se ele (usuário) faz. Então, vou pegar [...] uma gestante. O atendimento integral dela para nós visa à consulta. A primeira consulta pré-natal o mais precocemente possível, [...] com enfermeiro. [...]. Nós fazemos o primeiro contato com essa paciente e algumas orientações [...]. Você faz perfeita a consulta. Mas você não sabe se ela vai comer adequadamente; a gente fala de questões de higiene, você não sabe se ela vai fazer; a gente fala da questão da vida sexual ativa, que continua com a necessidade de prevenir doenças, porque aqui a maioria das meninas que engravidam não têm parceiro fixo, às vezes não sabem nem quem é o pai [...]. Agora que está grávida, não vai usar camisinha mesmo [...]. Então, não tem como eu falar para você que está sendo integral. [...]. Se eu pegar um atendimento baseado na integralidade, na assistência dentro da unidade, eu posso falar para você o que a gente faz. [...]” E32

Essa fala parece seguir na contramão do reconhecimento das necessidades dos usuários para organizar os cuidados na SF (MATTOS, 2009), reforçando a verticalização das ações sem considerar a subjetividade que permeia cada um. De maneira contraditória à fala de E32, o discurso de E15 representa a identificação de uma necessidade social que pode afetar o controle de doença crônico-degenerativa, embora o cuidado seja organizado considerando o contexto de vulnerabilidade, indicando uma possibilidade para a adesão à orientação prescrita pela equipe e uma pista em prol do atendimento da demanda e da necessidade de saúde do usuário.

“Eu acho que o paciente que chega aqui hipertenso e com bastante dificuldade de tomar medicação, de organizar os horários. Paciente que às vezes não tem nem a leitura, não sabe nem ler, nem escrever. Então, a gente organiza as caixinhas de medicação, coloca uma identificação colorida e a gente consegue perceber que os valores vão se normalizando. Então, assim, a gente consegue fazer a diferença nisso. A gente percebe quais são as dificuldades, como a gente pode falar de uma forma mais clara e mais simples para esse paciente.” E15

A ideia principal trazida pelo conjunto dos resultados é de que a integralidade da atenção está relacionada ao atendimento dos usuários por vários trabalhadores da própria USF ou de outros serviços, mediante encaminhamento. A partir dos conceitos, sentidos e dimensões da integralidade, pode-se identificar que com relação aos conceitos propostos por Giovanella et al. (2002), as enfermeiras associaram esse princípio – que também pode ser um valor, de acordo com as ideias de Mattos (2009) – mais diretamente, à abordagem global do indivíduo.

Sendo um conceito e/ou um valor, esse sentido da integralidade se apresentou tanto no âmbito focalizado, no núcleo de atuação da enfermeira como dos demais profissionais da equipe por elas referidos na USF, quanto no ampliado, junto à esfera da rede de atenção onde os cuidados parecem ser ofertados, ainda, de maneira fracionada e desconectada à AB.

Para algumas enfermeiras, a integralidade parece se restringir ao ato de encaminhar o usuário para outros estabelecimentos especializados que oferecem uma intervenção baseada em maior densidade tecnológica, ou seja, que se apresentam com outros recursos tecnológicos

necessários quando a USF não detém dessas tecnologias para atendê-lo. Nesse sentido, as falas parecem mostrar que a USF “se livra” do usuário ao assumir sua incapacidade técnica de oferecer os cuidados mais específicos, direcionando-o para outro local com tecnologias mais densas (MENDES, 2011), uma vez que parece não haver articulação dos cuidados entre os distintos serviços da rede.

Poucas enfermeiras abordaram a responsabilidade da USF em coordenar, articular e integrar os diferentes tipos de atendimento ao usuário compartilhando, discretamente, dois instrumentos (sistema eletrônico e reuniões) que podem auxiliar a SF nesse processo de coordenação e integração assistencial.

A falta de atitude de profissionais da USF e de serviços, como um todo, bem como a falta de vagas em outros níveis assistenciais que contribuem para a lentidão do sistema de referência foram numeradas como obstáculos para efetivar esse princípio. Na revisão bibliográfica, vários estudos destacaram problemas no sistema de referência e contrarreferência sendo considerado deficiente, desorganizado e até inexistente em diversas cidades brasileiras, o que dificulta o trabalho em rede e a integralidade da atenção (COELHO et al., 2012; COSTA et al., 2014; CUNHA et al., 2015; MORAES; CAMPOS; BRANDÃO, 2014).

Timidamente, algumas entrevistadas verbalizaram organizar o seu processo de trabalho e o da equipe conforme as necessidades do usuário e não de acordo com o cardápio de ofertas da USF. Essa postura parece ter sido favorecida pela adoção da escuta qualificada e abertura para o diálogo que permeabilizaram a subjetividade do usuário no encontro com a enfermeira e outros integrantes de equipe.

Com esses resultados, nota-se, portanto, que as dimensões focalizada e ampliada da integralidade da atenção precisam ser incentivadas, pois quando as necessidades dos usuários são reconhecidas por meio das demandas, parece até haver o encaminhamento do usuário para outros locais da rede, todavia, sem articulação e coordenação dos cuidados pela SF.

6 As considerações finais

A elaboração de considerações finais requer resgatar, mentalmente, todos os elementos que estruturaram, organizaram e orientaram a realização do estudo, mas com um certo olhar crítico que foi se desenvolvendo na medida em que: a hipótese inicialmente colocada mostrou-se adequada; o objetivo da investigação passou a ser melhor compreendido; as técnicas de coleta foram desenvolvidas e aprimoradas; os resultados foram aparecendo; e a análise/discussão foram tomando forma.

A pesquisa tinha um objetivo inicial que, em processo, se transformou, amadureceu. Amadurecimento que aconteceu por meio de discussões, pensamentos, reflexões, entendimentos, sentimentos, atitudes e relações interpessoais produzidos durante as etapas de seu desenvolvimento e do próprio doutorado e que prepararam a autora do presente trabalho para chegar a estas considerações finais.

De certa forma, elaborar considerações finais significa fazer um autoquestionamento: ‘Será que eu compreendi todo o processo de desenvolvimento da investigação realizada até aqui?’ Para responder a essa questão, faz-se necessário retomar e compartilhar, brevemente, o referencial teórico do processo de trabalho que foi fundamental para conduzir o olhar da autora nesse movimento de (re)construção de ideias, marcado por inseguranças e certezas e pelo encontro dinâmico de subjetividades.

O referencial teórico mostrou que um objeto vira um produto mediante a intervenção de agentes que portam instrumentos em um determinado contexto que influencia a maneira de transformar o objeto em produto, de forma que esse processo de transformação pode ou não atender uma necessidade (que é algo real) e uma finalidade (que é algo que se espera produzir).

Com essas lentes, buscou-se identificar como os usuários são interpretados quando chegam às USFs em busca de atenção. A possibilidade de analisar o trabalho em saúde a partir do núcleo de atuação da enfermeira que, na maioria vezes, é quem planeja e gerencia a produção de cuidados nas USFs, revelou que vários aspectos influenciam a assistência ao usuário pela equipe.

Para algumas enfermeiras e demais integrantes da equipe, o objeto de seu trabalho é o usuário portador de uma demanda, queixa/problema agudo para o qual são oferecidos serviços e ações do cardápio de ofertas da USF e da rede de atenção. Esse movimento atende as expectativas dos usuários por atenção imediata e a lógica biomédica de trabalho e formação dos trabalhadores.

Apesar de a SF, em suas modalidades tradicional e parametrizada, trazer novos dispositivos para o trabalho na AB, tais como visita domiciliar, reuniões de equipe, apropriação do território e responsabilidade sanitária, permitindo uma aproximação dos trabalhadores com o contexto de vida e os determinantes do processo saúde-doença dos usuários e suas famílias em seu território

– elementos que conformam as demandas e necessidades de saúde – esses dispositivos ainda têm sido reprimidos pela lógica biomédica.

Além disso, o estabelecimento de princípios e diretrizes da AB para nortear o trabalho nem sempre serão suficientes para efetivar mudanças de práticas na SF, pois em muitas situações compartilhadas pelas enfermeiras, a perspectiva biomédica de trabalho e de formação moldou comportamentos mecanizados em busca de produtividade, encaixando as demandas dos usuários em cuidados pré-existentes.

As propriedades da prática biomédica são importantes, pois respondem às demandas que não deixarão de chegar às USFs. Porém, sozinhas, não conseguem identificar e atender as distintas e complexas necessidades que chegam agarradas aos problemas agudos dos usuários e de suas famílias.

Nesse cenário, possivelmente algumas enfermeiras e profissionais da equipe estejam contaminados pelo cotidiano, carregado de vulnerabilidades sociais e dificuldades pessoais e operacionais micro e macropolíticas e pelo contexto hegemônico de produção de cuidados que, cada vez mais, parece “cegar” e exigir produtividade dos trabalhadores.

Nas entrevistas, muitas pistas foram evidenciadas, assim como nas observações muitas brechas foram identificadas no trabalho em prol da integralidade da atenção aos usuários. Todavia, as pistas e brechas foram marcadas por contradições, pois o “dito” nem sempre foi “visto” nos encontros dos trabalhadores com os usuários.

Assim sendo, um treino no olhar desses trabalhadores para reconhecer a SF como um espaço privilegiado de (re)construção de práticas seja um bom começo para sair da formalidade da dinâmica biomédica de atenção. Reconhecer e atender as necessidades podem oferecer oportunidades de tornar o usuário mais dono de si e não apenas um refém de um sistema social que seleciona o que atende e, caso o usuário dependa de outros cuidados em distintos locais, o problema, muitas vezes, não é resolvido, porque ou não tem vaga ou porque o usuário não tem como ir até esse profissional/serviço. Esses são alguns dos aspectos que, de certa forma, oprimem, excluem e aprisionam o usuário em seu próprio problema.

Outras enfermeiras e trabalhadores da equipe fizeram de seu objeto de trabalho, o usuário portador de necessidades que foram reconhecidas pelo uso das tecnologias leves e atendidas pelo “mix” das demais tecnologias imbricadas às distintas categorias profissionais. As tecnologias leves se mostraram fundamentais no universo do trabalho, mas da mesma forma que são importantes – assim como a produção de cuidados na lógica biomédica –, não responderão às necessidades dos usuários se forem utilizadas de maneira isolada.

Assim como as tecnologias leves, o trabalho em equipe, na modalidade integração, também se revelou potente para reorganizar as práticas de saúde com vistas à integralidade da atenção, apesar de ainda ser capturado pela modalidade agrupamento. Nesse sentido, a rede de ações e serviços intersetoriais também precisa ser fortalecida e integrada, para que a integralidade esteja realmente presente dentro e fora do sistema de saúde.

Nos encontros, as brechas foram aproveitadas evidenciando que é na micropolítica do trabalho que ocorrem mudanças atitudinais em prol da integralidade da atenção. Se há pistas e brechas no encontro da enfermeira com o usuário na direção da integralidade, certamente haverá pistas e brechas no trabalho dos outros profissionais, pois todos, em algum momento do desenvolvimento do trabalho em saúde, se relacionam com os usuários que “falam” de todas as formas.

Diante desse cenário, a pergunta que se faz é: Será que estamos dispostos a trabalhar integrados e a escutar os usuários? Os resultados da pesquisa, aparentemente, denotam que o trabalho integrado e a escuta qualificada dão mais trabalho, exigem mais tempo, maior disponibilidade, novas relações, novas conexões, novos entendimentos, novas atitudes, novos enfrentamentos e novas “educações continuadas e permanentes”. Dessa forma, emana o questionamento: Estamos todos dispostos a tudo isso?

Esta investigação mostrou que, em muitas situações, a enfermeira pode ser considerada a “maestra” da equipe que vai tentando apontar novos caminhos aos trabalhadores, por vezes, mais “duros e cegos” para atender o usuário de maneira mais integral e integrada. Nesse sentido, esta pesquisa pode contribuir, no cenário acadêmico e junto às práticas de produção de cuidado, para ressaltar que as dimensões do trabalho da enfermeira oferecem diversas possibilidades para se conhecer o trabalho na SF e, mais concretamente, que as tecnologias leves são essenciais para reconhecer as necessidades de saúde, buscar produzir novos cuidados (por meio do trabalho em equipe integrado) e, assim, alcançar a integralidade da atenção.

Da mesma forma, acredita-se que esses resultados respondem aos objetivos da investigação, pois há um movimento junto às enfermeiras de tomar as necessidades de saúde dos usuários como objeto de trabalho dispondo, sobretudo, de tecnologias leves para reconhecê-las. Além disso, o atendimento dessas necessidades, na perspectiva da integralidade da atenção, perpassa pela combinação de tecnologias leves, leve-duras e duras, pelo trabalho em equipe integrado e, algumas vezes, pela intersectorialidade das ações.

Importante mencionar que as novas tendências relacionadas às dimensões do trabalho da enfermeira na SF para ampliar o acesso da população à AB também precisam ser exploradas, compartilhadas, discutidas e reproduzidas. Ao mesmo tempo, o trabalho integrado, o diálogo, a

escuta, o tempo para o outro são elementos que precisam ser fortalecidos a cada encontro entre os trabalhadores, bem como destes com os usuários para que, gradativamente, sejam tomados como essenciais para a produção de cuidados mais assertivos no trabalho na SF e na rede de atenção.

Sendo assim, capturar o empírico e o real de outros trabalhadores e setores torna-se fundamental para conhecer: outros processos de trabalho, outras compreensões e representações sobre as diretrizes e princípios da AB e o trabalho na SF assim como outras maneiras de reconhecer as necessidades dos usuários e providenciar respostas de maneira a complementar e confrontar os resultados desta investigação.

Da mesma forma, dar voz ao usuário no que tange ao atendimento de suas demandas, necessidades e expectativas também se coloca como um limite desta investigação, ao mesmo tempo em que abre novas possibilidades de estudos e intervenções na AB e na SF.

Referências

ABRAHÃO, A. L. Tecnologia: conceito e relações com o trabalho em saúde. In: FONSECA, A. F.; STAUFFER, A. B. (Orgs.). **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 117-138. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário em saúde, 5).

ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface (Botucatu)**, v. 18, n. 49, p. 313-24, 2014.

ALBORNOS, S. **O que é trabalho**. 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 2008.

ALMEIDA, M. C. P.; MELLO, D. F.; NEVES, L. A. S. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva: rede básica de saúde em Ribeirão Preto. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 44, n. 213, p. 64-75, abr./set. 1991.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: _____. (Orgs.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. cap. 1, p. 15-26.

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface (Botucatu)**, v. 5, n. 9, p. 150-153, 2001.

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, jan. 2011.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface (Botucatu)**, v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/fev. 2005.

ANDRADE, L. O. M. et al. A Estratégia Saúde da Família. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (Cols.). **Medicina ambulatorial: condutas de Atenção Primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. cap. 7, p. 88-100.

ANDRADE, R. S. et al. Processo de trabalho em unidade de saúde da família e a educação permanente. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 505-521, maio/ago. 2016.

ANELL, A.; GLENNIGARD, A. H.; MERKUR, S. Sweden: health system review. **Health Syst. Transit.**, Copenhagen, v. 14, n. 5, p. 1-159, 2012.

ANGELL, M. **Drug companies & doctors: a story of corruption**. The New York review of books. 2009. Disponível em: <<https://www.nybooks.com/articles/2009/01/15/drug-companies-doctors-a-story-of-corruption/>>. Acesso em: 17 ago. 2018.

ARAÚJO, C. E. L.; PONTES, R. J. S. Constituição de sujeitos na gestão em saúde: avanços e desafios da experiência de Fortaleza (CE). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2357-2365, 2012.

ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F. Práticas de longitudinalidade no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 62-68, 2014.

- BACKES, D. S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 223-230, 2012.
- BARBOSA, M. et al. Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em Santa Catarina. **Rev. Eletrônica Enferm.**, Goiânia, v. 6, n. 1, p. 09-15, 2004.
- BATISTELLA, C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007a. p. 25-50.
- BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007b. p. 51-86.
- BERNARD, E. The politics of Canada's health system: lessons for the US. **Rad. Am.**, Providence, v. 14, n. 3, 1992. Disponível em: <<https://lwp.law.harvard.edu/publications/politics-canadas-health-care-system>>. Acesso em: 15 ago. 2014.
- BERTUSSI, D. C.; MISHIMA, S. M. O desenvolvimento gerencial como intervenção estruturante da Atenção Básica de Saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v. 10, n. 2, p. 40-46, abr./jun. 2003.
- BARROS, M. E. D.; PIOLA, S. F. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Orgs.). **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: Abres, 2016. cap. 4. p. 101-138.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final**. 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2016.
- BRASIL. Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. Manual para organização da Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1998. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3925_13_11_1998_rep.html>. Acesso em: 16 ago. 2014.
- BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Resolução CNE/CES nº 3**, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, DF, 2001a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília, DF, 2001b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 3, n. 1, p. 113-125, jan./mar. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Saúde da família: panorama, avaliação e desafios**. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 2. ed. Brasília, DF, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, DF, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde: Primary Care assessment tool Pcatool Brasil**. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 out. 2011a. Seção 1, p. 48.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução de diretoria colegiada - RDC nº 63**, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde. 2011b. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33880/2568070/rdc0063_25_11_2011.pdf/94c25b42-4a66-4162-ae9b-bf2b71337664>. Acesso em: 12 jun. 2018.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **PMAQ - Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade: Manual instrutivo para as equipes de atenção básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF**. Brasília, DF, 2013b.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. In: _____. **Código penal, código de processo penal, constituição federal, legislação penal e processual penal**. 16. ed. São Paulo: RT, 2014. p. 23-154.

BRASIL. Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 out. 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html>. Acesso em: 12 fev. 2018.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 set. 2017. Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico - cobertura de Saúde da Família**. Brasília, DF, 2018.

BROCA, P. V.; FERREIRA, M. A. Nursing staff and nonverbal communication. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 18, n. 3, p. 697-702, Jul./Sep. 2014.

BUCHELE, F.; COELHO, E. B. S. **A formação em Saúde da Família: uma estratégia na consolidação do SUS**. Florianópolis: UFSC, 2010.

CAMPOS, A. C. **Satisfação do usuário na Saúde da Família sob a perspectiva da responsividade**. 2011. 145 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

CAMPOS, G. W. S.; CHAKOUR, M.; SANTOS, R. C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 141-144, jan./mar. 1997.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

CARVALHO, B. G. et al. Work and Inter-subjectivity: a theoretical reflection on its dialectics in the field of health and nursing. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 19-26, Jan./Feb. 2012.

CASTRO, H. C. O. et al. A satisfação dos usuários com o sistema único de saúde (SUS). **Soc. Debate**, Pelotas, v. 14, n. 2, p. 113-134, jul./dez. 2008.

CAVALCANTE, D. F. B. **Relação entre variáveis contextuais e indicadores das condições sensíveis à Atenção Primária (acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca) no estado de São Paulo de 1998 a 2013**. 2016. 33 f. Dissertação (Mestrado profissional) - Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2016.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface (Botucatu)**, v. 9, n. 16, p. 161-177, set. 2004/fev. 2005.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set. 1997.

CECÍLIO, L. C. O.; MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. F.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio Grande do Sul: EdUCS/UFRS; Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC, 2006. Disponível em: <http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos_gerais/Cecilio_Matsumoto_2006.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2017.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2009. p. 117-130.

CHAGAS, H. M. A.; VASCONCELLOS, M. P. C. Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de Saúde da Família no município de Rio Branco, Acre. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 377-388, 2013.

CHRISTOFARI, A. C.; FREITAS, C. R.; BAPTISTA, C. R. Medicalização dos Modos de Ser e de Aprender. **Educ. Real. (online)**, Porto Alegre, v. 40, n. 4, p.1079-1102, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/edreal/v40n4/2175-6236-edreal-42057.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 53, p. 143-147, dez. 2000. Número especial.

COELHO, I. B. Os impasses do SUS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 307-317, 2007.

COELHO, I. B. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. **Manual de práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2013. cap. 4, p. 96-131.

COELHO, M. M. F. et al. Supervisão como tecnologia para a melhoria da Atenção Básica à Saúde. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 3, p. 704-711, 2012.

COMBINATO, D. S.; MARTINS, S. T. F. (Em defesa dos) cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 433-441, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN-358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências. 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 14 ago. 2018.

- COSTA, E. R. et al. Tasks performed by professional nurses in family health strategy. **Rev. Enferm. UFPE (on line)**, Recife, v. 7, n. 9, p. 5421-5426, Sep. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11825/14228>>. Acesso em: 15 jun. 2018.
- COSTA, J. P. et al. Resolubilidade do cuidado na Atenção Primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 733-743, out./dez. 2014.
- COSTA, M. M. L.; FONTOURA, M. S. A supervisão como estratégia de acompanhamento e avaliação das práticas das equipes de Saúde da Família. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 17, n. 4, p. 752-757, out./dez. 2012.
- COSTA, S. M. et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 27, p. 90-96, abr./jun. 2013.
- CRUZ, M. M. et al. Usos do planejamento e auto avaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 124-139, out. 2014. Número especial.
- CRUZ NETO, O.; MINAYO, M. C. S. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. (Orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010. cap. 3, p. 61-77.
- CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1029-1042, 2011. Suplemento 1.
- CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. 2004. 201 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.
- CUNHA, M. S.; SÁ, M. C. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de se mover no território. **Interface (Botucatu)**, v. 17, n. 44, p. 61-73, jan./mar. 2013.
- CUNHA, N. V. et al. Estrutura, organização e processos de trabalho no controle da tuberculose em municípios do estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. **Interface (Botucatu)**, v. 9, n. 53, p. 251-263, 2015.
- CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Atenção Primária à Saúde. **Cartilha sobre Acesso Avançado** - novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde. Curitiba, 2014.
- DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Orgs.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 195-223.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V. D.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 3: métodos mistos e múltiplos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, set./out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a24.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2018.

DOMINGUEZ-ALONSO, E.; ZACEA, E. Sistema de salud de Cuba. **Salud Pública Méx.**, Cuernavaca, v. 53, p. 168-176, 2011. Suplemento 2.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch. Pathol. Lab. Med.**, Chicago, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, Nov.1990.

DUARTE, M. L. C.; BOECK, J. N. O trabalho em equipe na enfermagem e os limites e possibilidades da Estratégia Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13 n. 3, p. 709-720, set./dez. 2015.

ELLERY, A. E. L.; PONTES, R. J. S.; LOIOLA, F. A. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 415-437, 2013.

ENGELA, M. H. T. et al. Uso das tecnologias em saúde na atenção básica às pessoas em condições de hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. (Online)**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 75-84, jan./mar. 2018. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5979/pdf_1>. Acesso em: 29 abr. 2018.

ENGLAND. Department of Health. **The handbook to the National Health System Constitution**. 2013. Disponível em: <https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/474450/NHS_Constitution_Handbook_v2.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2014.

ERDMANN, A. L. et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, 08 telas, jan./fev. 2013. Número especial. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_17.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2018.

SCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a Atenção Básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.

ESMERALDO, G. R. O. et al. Tensão entre o modelo biomédico e a Estratégia Saúde da Família: a visão dos trabalhadores de saúde. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 20, n. 1, p. 98-106, jan./mar. 2017.

FARIA, R. C.; CAMPOS, E. M. S. Demanda espontânea na Estratégia de Saúde da Família: uma análise dos fatores que a influenciam e os desafios na reorientação do modelo assistencial do SUS. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 15, n. 2, p. 148-157, abr./jun. 2012.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. (Orgs.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2005. cap. 1, p. 1-13.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M.; LEONELLO, V. M. Trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. (Orgs.). **Gerenciamento em enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2016. cap. 32, p. 21-32.

FERRI, S. M. N. et al. Soft technologies as generating satisfaction in users of a family health unit. **Interface (Botucatu)**, v. 11, n. 23, p. 515-529, Sep./Dec. 2007.

FEKETE, M. C. Estudo de acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. (Org.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 1997. p. 114-120. (Unidade 3, Texto de apoio da unidade 1).

FERNANDES, H. N. et al. Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de Saúde da Família. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. (Online)**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 1915-1926, jan./mar. 2015. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3361/pdf_1429>. Acesso em: 17 fev. 2016.

FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Estratégia da Saúde da Família: perfil dos médicos e enfermeiros, Londrina, Paraná. **Semina Cienc. Biol. Saude**, Londrina, v. 26, n. 2, p. 101-108, jul./dez. 2005.

FERRO, L. F. et al. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 129-138, 2014.

FEUERWERKER, L. M.; COSTA, H. Intersetorialidade na rede UNIDA. **Divulg. Saúde Debate**, Londrina, n. 22, p. 25-35, dez. 2000.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FIGUEIREDO JUNIOR, M. M. Quando se vai um que estava sob nosso cuidado. **Interface (Botucatu)**, v. 5, n. 9, p. 183-188. ago. 2001.

FOLHAPRESS. Sem comando, Ribeirão Preto vive caos administrativo. **Valor econômico**, São Paulo, dez. 2016. Disponível em: <<http://www.valor.com.br/politica/4801513/sem-comando-ribeirao-preto-vive-caos-administrativo>>. Acesso em: 11 nov. 2017.

FONTINELE JÚNIOR, K. Programa de Saúde da Família (PSF). In: _____. **Programa de Saúde da Família (PSF) comentado**. Goiânia: AB, 2003. cap. 2, p. 13-24.

FORTE, E. C. N. et al. Muda o modelo assistencial, muda o trabalho da enfermeira na Atenção Básica? **Tempus**, Brasília, v. 11, n. 2, p. 53-68, jan. 2018.

FORTUNA, C. M. **Cuidando de quem cuida**: notas cartográficas de uma intervenção institucional na montagem de uma equipe de saúde como engenhoca-mutante para a produção da vida. 2003. 216 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

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

FORTUNA, C. M. et al. Notas cartográficas do trabalho na Estratégia Saúde da Família: relações entre trabalhadores e população. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 657-664, 2012.

FORTUNA, C. M. et al. Educação permanente na Estratégia Saúde da Família: repensando os grupos educativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 4, jul./ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0990.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2016.

FRACOLLI, L. A. et al. The concept and practice of comprehensiveness in Primary Health Care: nurses' perception. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1135-1141, 2011.

FRANK, B. R. B. et al. Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 400-410, abr./jun. 2015.

FREITAS, Y. Entenda como o Caixa 2 prejudica a saúde, educação e causa desemprego. **Jornal do Comércio**, Recife, abr. 2017. Disponível em: <<http://jconline.ne10.uol.com.br/canal/economia/nacional/noticia/2017/04/23/entenda-como-o-caixa-2-prejudica-educacao-saude-e-caoa-desemprego-279607.php>>. Acesso em: 11 nov. 2017.

FRUTUOSO, M. F. P. et al. Gestão local de saúde em território de vulnerabilidade: motivações e racionalidades. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 337-349, abr./jun. 2015.

GARCÍA, J. L. R. A economia cubana: experiências e perspectivas (1989-2010). **Estud. Av.**, São Paulo, v. 25, n. 72, p. 29-44, 2011.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, mar./abr. 2005.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37-61, jan./abr. 2002.

GOMES, R. M.; SCHRAIBER, L. B. A dialética humanização-alienação como recurso à compreensão crítica da desumanização das práticas de saúde: alguns elementos conceituais. **Interface (Botucatu)**, v. 15, n. 37, p. 339-350, abr./jun. 2011.

GUEDES, A. E. L. Da Integração de Programas à Integralidade de Ações de Saúde: algumas reflexões preliminares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2009. p. 131-160.

GREENE, J. C.; CARACELLI, V. J.; GRAHAM, W. F. Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation designs. **Educ. Eval. Policy Anal.**, Washington, v. 11, n. 3, p. 255-274, 1989.

- HAGUETTE, M. T. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.
- HARNECKER, M. **Os conceitos elementares do materialismo histórico**. 2. ed. São Paulo: Global, 1983.
- HINO, P. et al. Health needs & primary care: validation of the Needs Assessment Tool. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, p. 1156-1167, 2009. Número especial 2.
- IMENES, M. Reforma da Previdência: mudanças podem atingir a aposentadoria especial. **O Dia**, Rio de Janeiro, mar. 2017. Disponível em: <<http://www.aprevidenciaenossa.com.br/reforma-da-previdencia-mudancas-podem-atingir-a-aposentadoria-especial/>>. Acesso em: 15 nov. 2017.
- KAWATA, L. S. **Os atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família: uma aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial**. 2007. 124 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2007.
- KIRCHHOF, A. L. C. O trabalho da enfermagem: análise e perspectivas. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 56, n. 6, p. 669-673, nov./dez. 2003.
- KRAUZER, I. M. et al. Sistematização da assistência de enfermagem na Atenção Básica: o que dizem os enfermeiros? **Cienc. Enferm.**, Concepción, v. 21, n. 2, p. 31-38, 2015.
- JARDANOVSKI, E.; GUIMARÃES, P. C. V. O desafio da equidade no setor saúde. **Rev. Adm. Empres.**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 38-51, maio/jun. 1993.
- LEITE, R. F. B.; VELOSO, T. M. G. Trabalho em equipe: representações sociais de profissionais do PSF. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 28, n. 2, p. 374-389, 2008.
- LIMA, J. C. F. Bases histórico-conceituais para a compreensão do trabalho em saúde. In: FONSECA, A. F.; STAUFFER, A. B. (Orgs.). **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 57-96. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário em saúde, 5).
- LIMA, E. F. A. et al. Perfil socio profissional de trabalhadores de equipes de saúde da família. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. e9405, 2016.
- LEITÃO, L. R. G. Não basta ouvir, é preciso escutar. **Saúde Debate**, São Paulo, n. 47, p. 46-49, jun. 1995.
- LUZ, M. T. Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009.
- MACEDO, F.; AFFONSO, J. Promotora mira em fraudes de R\$ 200 mi na gestão Darcy Vera (PSD) em Ribeirão Preto. **Blog o Estadão**, São Paulo, 2016. Disponível em: <<http://politica.estadao.com.br/blogs/fausto-macedo/promotora-mira-em-fraudes-de-r-200-mi-na-prefeitura-e-na-camara-de-ribeirao-preto/>>. Acesso em: 11 nov. 2017.

MACHADO, M. H. **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil**: relatório final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

MAERSCHNER, R. L. et al. Apoio institucional reordenamento dos processos de trabalho: sementes lançadas para uma gestão indutora de reflexões. **Interface (Botucatu)**, v. 18, p. 1089-1098, 2014. Suplemento 1.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface (Botucatu)**, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010.

MARQUI, A. B. T. et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 956-961, 2010.

MARTINS, J. S. et al. Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p. 1-13, jan./dez. 2016.

MARX, K. **Para a crítica da economia política**. São Paulo: Nova Cultural, 1999.

MARX, K. **O capital**. 3. ed. São Paulo: Edipro, 2008.

MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos**. São Paulo: Boitempo, 2010.

MATOS, I. B.; TOASSI, R. F. C.; OLIVEIRA, M. C. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. **Athenea Digital**, Barcelona, v. 13, n. 2, p. 239-244, jul. 2013. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/118035/000894801.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-514, jul./set. 2006.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção à saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008. p. 39-44. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

MATTA, G. C. Medicalização e gestão do cuidado em saúde. **Saúde Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 4, n. 3, p. 37-42, 2013.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2009. p. 43-68.

MATUMOTO, S.; MISHIMA S. M.; PINTO, I. C. Saúde coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 233-241, jan./fev. 2001.

MATUMOTO, S. et al. A comunicação como ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. In: BRAZILIAN NURSING COMMUNICATION SYMPOSIUM, 8., 2002, São Paulo. **Proceedings online...** 2002. Disponível em: <<http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v1/v1a054.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

MATUMOTO, S. et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface (Botucatu)**, v. 9, n.16, p. 9-24, 2005.

MATUMOTO, S. et al. Nurses' clinical practice in primary care: a process under construction. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 123-130, Jan./Feb. 2011.

MEDEIROS, J. B. et al. O E-SUS Atenção Básica e a coleta de dados simplificada: relatos da implementação em uma Estratégia Saúde da Família. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 20, n. 1, p. 145-149, jan./mar. 2017.

MELLO, C. G. **Saúde e assistência médica no Brasil**. São Paulo: CEBES/Hucitec, 1977.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

MELLO, M. B. et al. Qualificação de agentes comunitários de saúde: instrumento de inclusão social. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 463-477, nov. 2009.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: _____. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec, 1994. cap. 1, p. 19-91.

MENDES, E. V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

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

MENDES-GONÇALVES, R. B. Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades. In: AYRES, J. R.; SANTOS, L. (Orgs.). **Saúde, sociedade e história**. Porto Alegre: Rede Unida, 2017. cap. 10, p. 298-374.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 19-67.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2014.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MERHY, E. E. et al. (Orgs.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1, p. 59-72.

- MICHAELIS: Dicionário online. São Paulo: Melhoramentos, 2009. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/>>. Acesso em: 12 fev. 2016.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MORAES, V. D.; CAMPOS, C. E. A.; BRANDÃO, A. L. Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 127-146, 2014.
- MURRAY, M.; BERWICK, D. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. **JAMA**, Chicago, v. 289, n. 8, p. 1035-1040, 2003.
- NAVARRO, A. S. S.; GUIMARÃES, R. L. S.; GARANHANI, M. L. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **REME**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 61-68, jan./mar. 2013.
- NASCIMENTO, M. A. A.; MISHIMA, S. M. Enfermagem e o cuidar: construindo uma prática de relações. **ABEn**, Brasília, n. 2, p. 12-15, abr./jun. 2004.
- NEMES, M. I. B. Ação Programática em Saúde: referências para a análise da organização do trabalho em serviços de atenção primária. **REpS**, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 1-5, abr. 1990.
- NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1293-1311, 2012.
- NÓBREGA, V. M. et al. Atenção à criança com doença crônica na Estratégia Saúde da Família. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 18, n. 1, p. 57-63, jan./mar. 2013.
- NORDI, A. B. A.; ACIOLE, G. G. Apoio matricial: uma experiência da residência multiprofissional em saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 2, p. 485-500, maio/ago. 2017.
- NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 165-179, 2015.
- OLIVEIRA, A. K. S. et al. Experiências alternativas resgatando saberes para os processos de trabalho em saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 953-959, 2012.
- OLIVEIRA, J. S. B.; SUTO, C. S. S.; SILVA, R. S. Tecnologias leves como práticas de enfermagem na Atenção Básica. **Rev. Saúde.Com**, Jequié, v. 12, n. 2, p. 613-621, 2016. Disponível em: <<http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/379/383>>. Acesso em: 13 jun. 2018.
- OLIVEIRA, R.; ANDRADE, M.; SILVA, J. L. L. A importância do relacionamento entre o enfermeiro e a população adscrita: implicações para promoção da saúde no PSF. **Inf. Promoç. Saúde**, Niterói, v. 5, n. 2, p. 16-18, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração de Alma-Ata**: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial de Saúde 2008**: Atenção Primária em Saúde: agora mais do que nunca. Geneva, 2008.

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

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Atenção Primária em saúde**. Brasil, [2014]. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=341&Itemid=1>. Acesso em: 22 ago. 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Ampliação do papel dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde**. Washington, DC, 2018.

PAULA, M. et al. Processo de trabalho e competências gerenciais do enfermeiro da estratégia saúde da família. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 14, n. 5, p. 980-987, 2013.

PAULA, M. et al. Characteristics of the nurses' work process in the family health strategy. **REME**, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p. 454-462, abr./jun. 2014.

PEDRAZA, D. F.; MENEZES, T. N.; COSTA, G. M. C. Ações de alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família: estrutura e processo de trabalho. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. e15848, 2016.

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

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008. p. 320-328. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2014.

PEDUZZI, M. et al. Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.

PERES, C. R. F. B. et al. The community health agent and working as a team: the easy and difficult aspects. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 905-911, 2011.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2009. p. 69-116.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. et al. (Orgs.). **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-livros, 1999. cap. 2, p. 23-71.

PIRES, D. E. Divisão técnica do trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008. p. 130-135. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2016.

PIRES, D. E. P. et al. Cargas de trabalho da enfermagem na Saúde da Família: implicações no acesso universal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, p. e2682, 2016.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTO, G. Ribeirão Preto é o município do País com maior abstenção no 2º turno. **CBN**, Ribeirão Preto, out. 2016. Disponível em: <<http://www.cbnribeirao.com.br/politica/NOT,2,2,1206061,Ribeirao+Preto+e+o+municipio+do+Pais+com+maior+abstencao+no+2o+turno+de+2762.aspx>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

PREFEITURA anuncia 4ª UPA em Ribeirão Preto, mas apenas uma funciona. **G1**, Ribeirão Preto, set. 2014. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sp/ribeirao-preto-franca/noticia/2014/12/prefeitura-anuncia-4-upa-em-ribeirao-preto-mas-apenas-uma-funciona.html>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

RAMOS, M. N. Conceitos básicos sobre o trabalho. In: FONSECA, A. F.; STAUFFER, A. B. (Orgs.). **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 27-56. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário em saúde, 5).

REDE HUMANIZA SUS. **Política Municipal de Humanização - Fortaleza HumanizaSUS**. Fortaleza, nov. 2008. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/2692-politica-municipal-de-humanizacao-fortaleza-humanizasus>>. Acesso em: 27 maio 2016.

REIGADA, C. L. M. Repensando acesso, qualificando o cuidado: relato do trabalho em duas equipes de Saúde da Família. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-7, jan./dez. 2017.

RIBEIRÃO PRETO. Lei nº 8.839, de 28 de junho de 2000. Autoriza o Poder Executivo Municipal a celebrar convenio com o Ministério da Saúde, para implantação do "Programa de Saúde da Família (PSF)". **Diário Oficial do Município de Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, 28 jun. 2000. Disponível em: <https://cm.jusbrasil.com.br/legislacao/685913/lei-8839-00?ref=topic_feed>. Acesso em: 15 jan. 2018.

RIBEIRÃO PRETO. Lei nº 11.075, de 28 de dezembro de 2006. Autoriza a Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, com a interveniência da Secretaria Municipal da Saúde, celebrar convênio com a Universidade de São Paulo, com interveniência da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP e Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para o desenvolvimento do Programa Saúde da Família, conforme o modelo Estratégia Saúde da Família do Ministério da Saúde. **Diário Oficial do Município de Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, 28 dez. 2006. Disponível em: <<https://cm.jusbrasil.com.br/legislacao/681466/lei-11075-06>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde**: período 2010-2013. Ribeirão Preto, 2009. Disponível em: <<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/pdf/pms-rp-2010-2013.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2015.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde**: período 2014-2017. Ribeirão Preto, 2013. Disponível em: <<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/pdf/pms-rp-2014-2017.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2018.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Classificação Final do Concurso** - Candidatos Habilitados - Ordem Classificatória - Ampla Concorrência. Ribeirão Preto, 2016. Disponível em: <<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/sadm/j027concurso.htm>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria da Saúde. **Plano Municipal de Saúde**: período 2018-2021. Ribeirão Preto, 2017a. Disponível em: <<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/pdf/pms-rp-2018-2021.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2018.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Relação de telefones, endereços, gerentes e responsáveis pelas UBDS'S, UBS'S e Unidades Especializadas**. Ribeirão Preto, [2017b]. Disponível em: <<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/rede/il6relacao-tel-end.php>>. Acesso em: 30 mar. 2017.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **E-SUS**. Ribeirão Preto, [2017c]. Disponível em: <<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/dinformatica/il6esus-ind.php>>. Acesso em: 10 out. 2017.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Portaria nº 0468 de 20 de abril de 2018. Nomeia as Senhoras abaixo relacionadas, regidas pelo regime jurídico estatutário, para exercerem as funções gratificadas discriminadas, da Secretaria Municipal da Saúde. **Diário Oficial do Município**, Ribeirão Preto, 27 abr. 2018a. p. 1.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. **Plano de Metas 2017 - 2020**: Acompanhamento das Metas. [2018b]. Disponível em: <<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A temática do processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. In: FONSECA, A. F.; STAUFFER, A. B. (Orgs.). **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 97-116. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário em saúde, 5).

ROCHA, A. C. D. et al. Atenção Básica à Saúde: avaliação de estrutura e processo. **RAS**, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 71-79, abr./jun. 2012.

ROMANOW, R. J. Sustaining medicare. In: _____. **Building on values**: the future of health care in Canada - final report. Saskatoon: Commission on the Health Care in Canada, 2002. chap. 01, p. 1-44.

SAKATA, K. N.; MISHIMA, S. Articulação das ações e interação dos Agentes Comunitários de Saúde na equipe de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 665-672, 2012.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 221-224, abr. 2007.

SANTOS, A. L.; SILVA, E. M.; MARCON, S. S. Assistência às pessoas com diabetes no hiperdia: potencialidades e limites na perspectiva de enfermeiros. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 1, p. e2630014, 2018.

SANTOS, D. S. **Potencial criador e transformador do trabalho em saúde para (re)configuração de modelos de atenção**. 2014. 198 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

SANTOS, D. S. et al. Processo saúde/doença e estratégia de saúde da família: o olhar do usuário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 6, p. 918-925, nov./dez. 2014.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 861-870, 2018.

SANTOS, S. S. B. S. et al. Contextual determinants of decentralization of epidemiological surveillance for the family health team. **Interface (Botucatu)**, v. 19, n. 54, p. 443-454, 2015.

SANTOS, T. V. C.; PENNA, C. M. M. Demandas cotidianas na Atenção Primária: o olhar de profissionais da saúde e usuário. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 149-156, jan./mar. 2013.

SCHOLZE, A. S.; DUARTE JUNIOR, C. F.; SILVA, Y. F. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na Atenção Primária à Saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Interface (Botucatu)**, v. 13, n. 31, p. 303-314, dez. 2009.

- SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e Atenção Primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996. cap. 1, p. 29-47.
- SEMERARO, G. A concepção de trabalho na filosofia de Hegel e Marx. **Educ. Filos.**, Uberlândia, v. 27, n. 53, p. 87-104, jan./jun. 2013.
- SHIMIZU, H. E.; CARVALHO JUNIOR, D. A. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2405-2414, 2012.
- SHIMIZU, H. E.; MARTINS, T. O apoio institucional como método de análise-intervenção na Atenção Básica no Distrito Federal, Brasil. **Interface (Botucatu)**, v. 18, p. 1077-1087, 2014. Suplemento 1.
- SILVA, A. I. et al. Singular therapeutic project for professionals in the Family Health Strategy. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 21, n. 3, p. 01-08, Jul./Sep. 2016.
- SILVA, A. M. N. et al. Atuação da enfermagem na abordagem de necessidades de usuários na estratégia saúde da família. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 193-201, abr./jun. 2014.
- SILVA, C. R. et al. Difficulties in accessing services that are of medium complexity in small municipalities: a case study. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1109-1120, 2017.
- SILVA, E. M. **Supervisão do trabalho de enfermagem em saúde pública no nível local**. 1997. 308 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.
- SILVA, J. R. A. et al. Health education in the Family Health Strategy: professionals' perception. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 28, n. 1, p. 75-81, jan./mar. 2015.
- SILVA, L. M. S. et al. Trabalho interdisciplinar na estratégia Saúde da Família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 784-788, dez. 2012. Número especial 2.
- SILVA, M. R. F.; PONTES, R. J. S.; SILVEIRA, L. C. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: as vozes dos sujeitos do cotidiano. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 784-788, dez. 2012. Número especial 2.
- SILVA, M. O.; PEIXOTO, D. A.; NÓBREGA, T. B. T. Grupos de encontro na Estratégia Saúde da Família: uma atenção ao trabalhador de saúde. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 16, n. 2, p. 197-201, abr./jun. 2013.
- SILVA JÚNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. (Orgs.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 27-41. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário em saúde, 4).

- SORATTO, J. et al. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 3, p. e2500016, 2017.
- SOUSA, M. F. **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- SOUSA, M. F. **A cor-agem do PSF**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2003.
- SOUZA, A. C. C. et al. Formação do enfermeiro para o cuidado: reflexões da prática profissional. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 805-807, nov./dez. 2006.
- SOUZA, L. E. P. F. Saúde pública ou saúde coletiva? **REpS**, Londrina, v. 15, n. 4, p. 1-21, out./dez. 2014.
- SOUZA, M. G.; MANDU, E. N. T.; ELIAS, A. N. Perceptions of nurses regarding their work in the family health strategy. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 772-779, Jul./Sep. 2013.
- SOUZA, M. C. et al. Necessidades de saúde e produção do cuidado em uma unidade de saúde em um município do Nordeste, Brasil. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 139-148, 2014.
- SOUZA, R. R. As funções gestoras e as atribuições de cada nível de governo no SUS. In: _____. **O sistema público de saúde brasileiro**. São Paulo: Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas, 2002. pt. 4, p. 35-43.
- SPAGNUOLO, R. S.; BOCCHI, S. C. M. Between the processes of strengthening and weakening of the Family Health Strategy. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 3, p. 366-371, maio/jun. 2013.
- SPEDO; S. M.; PINTO, N. R. S.; TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010.
- SPINK, P. K. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 15, n. 2, p. 18-42, jul./dez. 2003.
- STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, 2002.
- SULTI, A. D. C. et al. O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 172-182, jan./mar. 2015.
- TAKEDA, S. A organização de serviços de Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAN, B. B. et al. (Cols.). **Medicina ambulatorial**: condutas de Atenção Primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. cap. 6, p. 77-87.
- TANAKA, O. Y.; OLIVEIRA, V. E. Reforma(s) e estruturação do sistema de saúde Britânico: lições para o SUS. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 7-17, jan./abr. 2007.

TEIXEIRA, R. A.; MISHIMA, S. M. Perfil dos trabalhadores de enfermagem no Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 53, n. 3, p. 386-400, jul./set. 2000.

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

TRIVIÑOS, A. N. S. Pesquisa qualitativa. In: _____. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2010. cap. 5, p. 116-175.

TURRINI, R. N. T.; LEBRÃO, M. L.; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-674, mar. 2008.

VARELA, G. C. et al. Sistematização da assistência de enfermagem na Estratégia Saúde da Família: limites e possibilidades. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 4, p. 816-824, 2012.

VEJA como funcionava o esquema suspeito de fraude na merenda em SP. **G1**, São Paulo, fev. 2016. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2016/02/veja-como-funcionava-o-esquema-suspeito-de-fraude-na-merenda-em-sp.html>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

VIANA, A. L. A.; DAL POZ, M. R. A reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 225-264, 2005. Suplemento.

ZEITHAML, V. A.; BITNER, M. J. Expectativas dos clientes acerca dos serviços. In: _____. **Marketing de serviços: a empresa com foco no cliente**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003. cap. 3, p. 66-84.

APÊNDICE A - Roteiro para entrevista com enfermeiro(a) das USFs

1. Data da entrevista: ____ / ____ / ____ 1a. Número da entrevista: _____
2. Horário do início da entrevista: _____ 2a. Horário do final da entrevista: _____
- 2b. Nome do entrevistador: _____
3. Iniciais do nome do(a) **enfermeiro(a)** entrevistado(a): _____
4. Nome da USF onde o(a) **enfermeiro(a)** atua: _____
5. Perfil do(a) **enfermeiro(a)** entrevistado: 4a) Sexo: ☐ F ☐ M 4b) Idade: _____ anos

Temas	Perguntas disparadoras
O sujeito da pesquisa Formação do profissional (onde formou, quando) Treinamento e capacitação para atuar na SF Formação <i>lato</i> ou <i>stricto sensu</i> na área Experiência de trabalho na área ou correlata Experiência atual de trabalho	Fale um pouco de você Participou de algum treinamento ou capacitação para atuar na SF? Qual, onde, quando? Fez curso de especialização? Qual área? Fez mestrado, doutorado ou pós-doc? Qual área? Experiência profissional atual (horário de trabalho, quanto tempo trabalha nesta USF, forma de ingresso nesta USF) Experiência profissional anterior (qual unidade/serviço trabalhou, por quanto tempo e local)
USF e Área adscrita Nível socioeconômico Condições de vulnerabilidade social Indicadores de saúde Característica específica que chama atenção (do território, da população, dos dispositivos sociais)	Fale um pouco sobre a história de implantação desta USF Fale um pouco sobre o território no qual vc trabalha Fale um pouco sobre o perfil da população atendida pela USF Alguma característica chama sua atenção? Por quê?
Demandas, necessidades e expectativas dos usuários Demandas (o que ele apresenta ao serviço) Expectativas (o que ele deseja receber) Necessidades Ferramentas para reconhecer demandas, necessidades e expectativas (saberes, tipo de relação estabelecida com o usuário, postura acolhedora, comunicação, estratégias) Profissional de referência na USF	Fale um pouco sobre os motivos que levam os usuários a buscar atendimento nesta USF. O que os usuários procuram na USF? Vc pode me dar um exemplo de um usuário que chegou com uma demanda, mas tinha outra necessidade? O usuário busca um profissional em especial para resolver seus problemas? Dê um exemplo.
Tecnologias do processo de trabalho Identificação das tecnologias (dura, leve-dura e leve)	Enquanto vc exerce o seu trabalho de enfermeira, o que vc acha essencial para a sua prática? Fale sobre as tecnologias que vc utiliza ou de que dispõe em seu trabalho. Dê um exemplo.
Processo de trabalho As necessidades que orientam a produção do cuidado A finalidade do trabalho	Como é um dia típico de trabalho pra vc? Para que serve o seu trabalho? O seu trabalho depende de outros trabalhos? Dê um exemplo.

O objeto do trabalho O planejamento, a avaliação do trabalho Dificuldades Mudanças Resultados A integralidade no modelo atual de atenção	Dê um exemplo de uma atuação/atendimento que trouxe um resultado positivo. Vc encontra alguma dificuldade em seu trabalho como enfermeira? Dê um exemplo Vc mudaria alguma coisa na sua prática, no seu trabalho como enfermeira? Dê um exemplo Vc pode dar um exemplo onde o usuário recebeu uma atenção integral?
Espaço livre para se expressar	Vc gostaria de dizer alguma coisa?

APÊNDICE B - Roteiro para observação do trabalho do(a) enfermeiro(a) das USFs

Observação número: _____ Data da observação: ____ / ____ / ____

Hora de início da observação: _____ Hora de término da observação: _____

Nome do observador: _____

Nome da USF onde foi realizada a observação: _____

Observar e anotar:

1) Ação/situação observada

Ação/situação que acontece (consulta agendada, consulta eventual, visita domiciliar, acolhimento, supervisão, reunião)

Disparador (motivo, identificação do problema do usuário ou de outro profissional da unidade)

Reconhecer o inusitado na ação/situação observada

2) Agentes da ação/situação

Sujeitos envolvidos (enfermeiro(a) e/ou profissional, usuário, familiares)

Reconhecimento e forma de tratamento do profissional pelo usuário e vice-versa

3) Organização e dinâmica da ação/situação

Identificação do local (consultório, recepção, *hall* de espera, corredor, outras salas da unidade)

Características do local (disposição e condição dos móveis, ruídos, limpeza, privacidade, temperatura, interrupções na ação, organização dos materiais/equipamentos, ambiência)

Recursos utilizados (postura, abertura para o diálogo, conhecimento técnico-científico, instrumentos para aferição de sinais vitais, agenda, prontuário, computador, protocolos, encaminhamentos, receitas, cartão de agendamento)

4) Propósito da ação/situação

Finalidade (resolução do problema do usuário/do inusitado, agendamento, encaminhamento do usuário para atendimento de outros profissionais da unidade, outros setores e/ou demais níveis de atenção, orientação)

5) Comunicação na ação/situação dos sujeitos envolvidos

Observar comunicação verbal (clareza e conteúdo da fala, coordenação de ideias, tonalidade da voz)

Observar comunicação não verbal (expressão facial e corporal, olhares, movimentos, execução de outra atividade simultânea)

Observar comunicação escrita (encaminhamentos, receitas, orientações, exames, cartão de agendamento)

6) Registrar impressões pessoais do observador durante a observação da ação/situação

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a entrevista com enfermeiro(a) (frente)

Eu, Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez, aluna de pós-graduação, nível doutorado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), estou realizando um trabalho de pesquisa sob orientação de Silvana Martins Mishima, professora titular do departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP-USP. O trabalho é intitulado “O processo de trabalho nas Unidades de Saúde da Família segundo seus sujeitos operadores - foco no(a)s enfermeiro(a)s e usuários” e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP que tem a função de proteger eticamente os participantes de pesquisas.

A pesquisa tem por objetivo geral identificar e analisar, no atual modelo de atenção, as possibilidades (ou brechas) nas quais as demandas, necessidades e expectativas dos usuários são tomadas como objeto do processo de trabalho do(a) enfermeiro(a) na SF, a fim de implementar uma assistência integral, além de outros três objetivos específicos.

Então, para nos ajudar a compreender o desenvolvimento do processo de trabalho do(a) enfermeiro(a) na SF no atendimento das necessidades e expectativas de seus usuários, convidamos o (a) senhor(a) a participar desta pesquisa. O(A) senhor(a) foi selecionado(a) pela pesquisadora por ser um(a) do(a)s **enfermeiro(a)s** da SF do município. A sua participação consistirá em uma entrevista, feita pela pesquisadora ou outro profissional devidamente treinado e identificado para realizá-la e terá duração aproximada de 50 minutos. A entrevista será realizada na USF, conforme sua disponibilidade e possibilidade, em data e horário previamente agendados.

A entrevista será gravada e suas respostas anotadas pelo entrevistador. Ao fim da entrevista, será perguntado se o(a) senhor(a) consente com eventual publicação de todas as respostas fornecidas, com texto fiel ao respondido pelo(a) senhor(a). A gravação da entrevista servirá apenas para análise da pesquisadora e não será em hipótese alguma divulgada. O texto da resposta, entretanto, será identificado, pois é da essência da pesquisa que o conteúdo da resposta seja atribuído aos(as) enfermeiro(a)s da SF. Garantimos o sigilo de sua identidade e a qualquer momento, antes da publicação do trabalho, podemos, atendendo o pedido simples do(a) senhor(a), deixar de publicar suas respostas sem prejuízo algum, pois sua participação é livre e a desistência a qualquer momento é garantida. Para isso deixo, neste termo, meus contatos.

Não se preveem benefícios imediatos ou despesas pela sua participação, porém, sua contribuição a esta pesquisa poderá nos ajudar a compreender o processo de trabalho do(a)s enfermeiro(a)s nas USFs e, assim, apontar suas características e propor intervenções para a gestão de saúde na AB do município. Os riscos previstos são apenas algum desconforto no momento de resposta às perguntas que serão resolvidos pela sua simples desistência em participar da pesquisa. Caso haja algum prejuízo, o (a) senhor (a) terá o direito à indenização nos termos da lei brasileira.

Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados publicamente (em eventos científicos, na mídia, ou similares). E os meios para contato são: cel da pesquisadora (16) 9 8848-8829 ou Comitê de Ética em Pesquisa pelo telefone (16) 3315-9197, com horário de funcionamento de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas, situado na EERP-USP na Av. Bandeirantes nº 3900, *Campus* universitário, Ribeirão Preto-SP, CEP: 14040-902.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2017.

Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez
Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem em
Saúde Pública da EERP-USP - Pesquisadora
Av. Bandeirantes nº 3900, *Campus* Universitário, Ribeirão Preto-
SP, CEP: 14040-902 e telefones: (16) 9 8848-8829
nimeyer5@hotmail.com

Silvana Martins Mishima
Profª Titular do deptº de Enfermagem Materno-infantil e Saúde
Pública da EERP-USP - Orientadora
Av. Bandeirantes nº 3900, *Campus* Universitário, Ribeirão Preto-
SP, CEP: 14040-902
smishima@eerp.usp.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(verso)

Eu, _____, abaixo assinado, declaro que recebi os esclarecimentos que constam na primeira página desta folha e aceito participar da pesquisa, recebendo neste momento, cópia assinada deste termo.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2017.

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a observação do trabalho do(a) enfermeiro(a) (frente)

Eu, Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez, aluna de pós-graduação, nível doutorado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), estou realizando um trabalho de pesquisa sob orientação de Silvana Martins Mishima, professora titular do departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP-USP. O trabalho é intitulado “O processo de trabalho nas Unidades de Saúde da Família segundo seus sujeitos operadores - foco no(a)s enfermeiro(a)s e usuários” e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EEERP-USP que tem a função de proteger eticamente os participantes de pesquisas.

A pesquisa tem por objetivo geral identificar e analisar, no atual modelo de atenção, as possibilidades (ou brechas) nas quais as demandas, necessidades e expectativas dos usuários são tomadas como objeto do processo de trabalho do(a) enfermeiro(a) na SF, a fim de implementar uma assistência integral, além de outros três objetivos específicos.

Então, para nos ajudar a compreender o desenvolvimento do processo de trabalho do(a) enfermeiro(a) na SF no atendimento das necessidades e expectativas de seus usuários, convidamos o (a) senhor(a) a participar deste trabalho. O(A) senhor(a) foi selecionado(a) pela pesquisadora por ser um(a) do(a)s enfermeiro(a)s da SF do município. Caso concorde, o seu trabalho na USF ou no domicílio do usuário será **observado** pela pesquisadora ou por outro profissional devidamente treinado e identificado para realizá-la e durará o tempo que durar o seu trabalho.

Durante a observação, o observador registrará o que observou em um diário de campo que posteriormente serão lidos e analisados. Ao fim da observação, será perguntado se o(a) senhor(a) consente com eventual publicação do que foi observado, com texto fiel ao que foi observado. O conteúdo do diário de campo servirá apenas para leitura e análise da pesquisadora e não será em hipótese alguma divulgado. Entretanto, o texto da observação será identificado, pois é da essência da pesquisa que esse conteúdo seja atribuído aos(as) enfermeiro(a)s da SF. Garantimos o sigilo de sua identidade e a qualquer momento, antes da publicação do trabalho, podemos, atendendo ao pedido simples do(a) senhor(a), deixar de publicar o que foi observado sem prejuízo algum, pois sua participação é livre e a desistência a qualquer momento é garantida. Para isso deixo, neste termo, meus contatos.

Não se preveem benefícios imediatos ou despesas pela sua participação, porém, sua contribuição a esta pesquisa poderá nos ajudar a compreender o processo de trabalho do(a)s enfermeiro(a)s nas USFs e, assim, apontar suas características e propor intervenções para a gestão de saúde na AB do município. Os riscos previstos durante a observação são apenas algum desconforto em ser observado que serão resolvidos pela sua simples desistência em participar da pesquisa. Caso haja algum prejuízo, o(a) senhor(a) terá o direito à indenização nos termos da lei brasileira.

Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados publicamente (em eventos científicos, na mídia, ou similares). E os meios para contato são: cel da pesquisadora (16) 9 8848-8829 ou Comitê de Ética em Pesquisa pelo telefone (16) 3315-9197, com horário de funcionamento de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas, situado na EERP-USP na Av. Bandeirantes nº 3900, *Campus* universitário, Ribeirão Preto-SP, CEP: 14040-902.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2018.

Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez
Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem em
Saúde Pública da EERP-USP - Pesquisadora
Av. Bandeirantes nº 3900, *Campus* Universitário, Ribeirão Preto-
SP, CEP: 14040-902 e telefones: (16) 9 8848-8829
nimeyer5@hotmail.com

Silvana Martins Mishima
Profª Titular do deptº de Enfermagem Materno-infantil e Saúde
Pública da EERP-USP - Orientadora
Av. Bandeirantes nº 3900, *Campus* Universitário, Ribeirão Preto-
SP, CEP: 14040-902
smishima@eerp.usp.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(verso)

Eu, _____, abaixo assinado, declaro que recebi os esclarecimentos que constam na primeira página desta folha e aceito participar da pesquisa, recebendo neste momento, cópia assinada deste termo.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2018.

APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a **observação do atendimento do usuário** (frente)

Eu, Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez, aluna de pós-graduação, nível doutorado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), estou realizando um trabalho de pesquisa sob orientação de Silvana Martins Mishima, professora titular do departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP-USP. O trabalho é intitulado “O processo de trabalho nas Unidades de Saúde da Família segundo seus sujeitos operadores - foco no(a)s enfermeiro(a)s e usuários” e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP que tem a função de proteger eticamente os participantes de pesquisas.

A pesquisa tem por objetivo geral identificar e analisar, no atual modelo de atenção, as possibilidades (ou brechas) nas quais as demandas, necessidades e expectativas dos usuários são tomadas como objeto do processo de trabalho do(a) enfermeiro(a) na SF a fim de implementar uma assistência integral, além de outros três objetivos específicos.

Então, para nos ajudar a compreender o desenvolvimento do processo de trabalho do(a) enfermeiro(a) na SF no atendimento das necessidades e expectativas de seus usuários, convidamos o senhor(a) a participar deste trabalho. O(A) senhor(a) foi selecionado(a) pela pesquisadora por ser um dos **usuários** da SF do município. Caso concorde, o seu atendimento na USF ou no domicílio será observado pela pesquisadora ou por outro profissional devidamente treinado e identificado para realizá-la e durará o tempo que durar o seu atendimento.

Durante a observação, o observador registrará o que observou em um diário de campo que posteriormente serão lidos e analisados. Ao fim da observação, será perguntado se o(a) senhor(a) consente com eventual publicação do que foi observado, com texto fiel ao que foi observado. O conteúdo do diário de campo servirá apenas para leitura e análise da pesquisadora e não será em hipótese alguma divulgado. Entretanto, o texto da observação será identificado, pois é da essência da pesquisa que esse conteúdo seja atribuído aos usuários da SF. Garantimos o sigilo de sua identidade e a qualquer momento, antes da publicação do trabalho, podemos, atendendo ao pedido simples do senhor(a), deixar de publicar o que foi observado sem prejuízo algum, pois sua participação é livre e a desistência a qualquer momento é garantida. Para isso deixo, neste termo, meus contatos.

Não se preveem benefícios imediatos ou despesas pela sua participação, porém, sua contribuição a esta pesquisa poderá nos ajudar a compreender o processo de trabalho do(a)s enfermeiro(a)s nas USFs e, assim, apontar suas características e propor intervenções para a gestão de saúde na AB do município. Os riscos previstos durante a observação são apenas algum desconforto em ser observado que serão resolvidos pela sua simples desistência em participar da pesquisa. Caso haja algum prejuízo, o senhor terá o direito à indenização nos termos da lei brasileira.

Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados publicamente (em eventos científicos, na mídia, ou similares). E os meios para contato são: cel da pesquisadora (16) 9 8848-8829 ou Comitê de Ética em Pesquisa pelo telefone (16) 3315-9197, com horário de funcionamento de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas situado na EERP-USP na Av. Bandeirantes nº 3900, *Campus* universitário, Ribeirão Preto-SP, CEP: 14040-902.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2018.

Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez
Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem em
Saúde Pública da EERP-USP - Pesquisadora
Av. Bandeirantes nº 3900, Campus Universitário, Ribeirão Preto-
SP, CEP: 14040-902 e telefones: (16) 9 8848-8829
nimeyer5@hotmail.com

Silvana Martins Mishima
Profª Titular do deptº de Enfermagem Materno-infantil e Saúde
Pública da EERP-USP - Orientadora
Av. Bandeirantes nº 3900, Campus Universitário, Ribeirão Preto-
SP, CEP: 14040-902
smishima@eerp.usp.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(verso)

Eu, _____, abaixo assinado, declaro que recebi os esclarecimentos que constam na primeira página desta folha e aceito participar da pesquisa, recebendo neste momento, cópia assinada deste termo.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2018.

ANEXO A - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP para realização do estudo (versão 1)

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518 www.eerp.usp.br - eerp@usp.br
Ofício CEP-EERP/USP nº 336/2016, de 14.10.2016		
Prezada Senhora,		
<p>Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em sua 29ª Reunião Extraordinária, realizada em 13 de outubro de 2016.</p>		
Protocolo CAAE: 58363616.6.0000.5393		
Projeto: O processo de trabalho nas Unidades de Saúde da Família segundo seus sujeitos operadores - foco nos gestores, gerentes, trabalhadores e usuários		
Pesquisadores: Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez Silvana Martins Mishima (orientadora)		
<p><i>Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.</i></p>		
Atenciosamente,		
Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile Coordenadora do CEP-EERP/USP		
Ilma. Sra.		
Prof.ª Dra. Silvana Martins Mishima Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP		

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O processo de trabalho nas Unidades de Saúde da Família segundo seus sujeitos operadores - foco nos gestores, gerentes, trabalhadores e usuários

Pesquisador: Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58363616.6.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.773.864

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa de abordagem qualitativa sustentada pelo referencial teórico do processo de trabalho em saúde tendo como sujeitos os gestores da AB (assistência Básica), os gerentes das unidades de saúde da família - USF(s), os trabalhadores das equipes de saúde tradicionais das USF(s) e os usuários. Estima-se inicialmente um total de 241 participantes. Este número pode ser alterado de acordo com a necessidade. Serão analisadas semelhanças, discrepâncias e controvérsias dos discursos desses sujeitos por meio da aplicação de entrevistas semiestruturadas. A análise das entrevistas será realizada em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos/interpretação, conforme o referencial metodológico proposto por Minayo (2014). Ao final pretende-se que a presente pesquisa contribua com reflexões sobre a forma de atuação e com intervenções na prática em saúde, influenciando a atenção prestada.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o processo de trabalho na ESF no município de Ribeirão Preto, à luz da Política

Nacional de Atenção Básica segundo os sujeitos envolvidos (gestores, gerentes, profissionais das equipes ESF, e usuários).

Continuação do Parecer: 1.773.864

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não existem benefícios diretos para os participantes. Contudo, a partir da pesquisa desenvolvida, novas propostas de ações poderão ser efetuadas no contexto dos trabalhos ESFs. Como risco, prevê-se possíveis desconfortos durante as entrevistas, os quais serão minimizados pela desistência do entrevistado em participar da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa está muito bem redigido e fundamentado. A temática abordada é de grande importância na Área da Saúde e contribuirá substancialmente para novas ações nesta área, de modo especial no município de Ribeirão

Preto. Os objetivos são claros e norteadores da pesquisa em linha. Metodologia apropriada na busca dos objetivos traçados. Critérios de inclusão e exclusão dos participantes foram incluídos. Trata-se de um projeto de pesquisa de alta qualidade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados, tais como anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, Folha de Rosto, Formulário de Informações Básicas e TCLEs em um total de quatro, sendo um para gestores, um para gerentes, outro para os profissionais e um último para os usuários. Todos estes TCLEs foram elaborados na forma de convite e explicitam o objetivo da pesquisa, bem como a forma em que se farão as entrevistas. Está garantido o sigilo dos participantes bem como a indenização, se necessária, de acordo com as Leis brasileiras. Ficam claras também as formas de contato com a pesquisadora e com este CEP.

Recomendações:

1. Revisão do cronograma de trabalho, uma vez que há uma certa discordância entre as colunas da tabela. De acordo com a coluna "período de duração", o trabalho será efetuado em 22 meses. Porém, de acordo com as demais colunas (início e término) são 24 meses. Solicito também que complete o cronograma com as atividades foram realizadas anteriormente ao mês 20.
2. No TCLE: manter o contato apenas com os pesquisadores e o CEP, ou seja, retirar o Departamento e o Programa de Saúde Pública.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A recomendação de revisão do cronograma e do TCLE não compromete a aprovação do projeto por este CEP e, portanto, sou favorável a aprovação do projeto ora submetido.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado na 29ª Reunião Extraordinária do CEP da EERP/USP.

Continuação do Parecer: 1.773.864

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES BASICAS_DO_PROJETO_760097.pdf	25/07/2016 16:12:13		Aceito
Cronograma	Cronogramaprevistodasatividades_PlataformaBrasil.pdf	25/07/2016 16:03:24	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
Orçamento	Orcamentoprevisto_PlataformaBrasil.pdf	25/07/2016 16:02:35	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDoutoradoCOMPLETOparaCEP.pdf	25/07/2016 15:18:24	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
Outros	OficiodeconcordanciaSMS_RP.pdf	25/07/2016 15:13:48	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
Outros	OficiodeencaminhamentodoprojetoaoCEP.pdf	25/07/2016 15:11:07	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito

**ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP**

		15:07:06	Maciel Rodríguez	
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceH_TCLeParaUSUARIOS.pdf	25/07/2016 15:05:55	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceG_TCLeParaPROFISSIONAIS DASEQUIPES.pdf	25/07/2016 15:05:34	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceF_TCLeParaGERENTES.pdf	25/07/2016 15:05:09	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceE_TCLeParaGESTORES.pdf	25/07/2016 15:04:39	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
Outros	ApendiceD_RoteiroPreliminarEntrevistaUSUARIOS.pdf	17/07/2016 09:11:43	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
Outros	ApendiceC_RoteiroPreliminarEntrevistaPROFISSIONAIS DASEQUIPES.pdf	17/07/2016 09:10:34	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
Outros	ApendiceB_RoteiroPreliminarEntrevistaGERENTES.pdf	17/07/2016 09:09:09	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
Outros	ApendiceA_RoteiroPreliminarEntrevistaGESTORES.pdf	17/07/2016 09:08:27	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

Continuação do Parecer: 1.773.864

RIBEIRÃO PRETO, 13 de Outubro de 2016

Assinado por: Angélica
Maria Stabile
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br

ANEXO B - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP para inclusão do adendo no estudo (versão 2)

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: O processo de trabalho nas Unidades de Saúde da Família segundo seus sujeitos operadores - foco nos gestores, gerentes, trabalhadores e usuários

Pesquisador: Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58363616.6.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.362.564

Apresentação do Projeto:

Trata-se de solicitação de emenda a projeto de pesquisa já analisado e aprovado por este CEP, em 13/10/2016, com a inserção de mais uma técnica de coleta de dados. As pesquisadoras informam que, a partir das contribuições da banca de qualificação do trabalho de doutorado, verificou-se a necessidade da observação participante, além da entrevista semiestruturada, para a coleta de dados.

Objetivo da Pesquisa:

Já analisado por este CEP e sem alterações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já analisados por este CEP e sem alterações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alterações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados: Ofício de Solicitação de Emenda; novo documento de Informações Básicas do Projeto na PB; novo Projeto de doutorado, com inclusão da observação participante como técnica de coleta de dados; novos Cronograma e Ofício de Concordância da SMS; TCLE para os usuários e enfermeiros atualizados; e Roteiro da Observação.

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

CEP: 14.040-902

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Tendo em vista a manutenção dos objetivos e das garantias aos participantes da pesquisa, conforme Resolução CNS/CONEP 466/12, não existem pendências a serem relatadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer aprovado Ad Referendum

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_1011162_E1.pdf	09/10/2017 20:07:58		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	NOVOProjetoDoutoradoapos_ADENDO.pdf	09/10/2017 19:53:14	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
Outros	NOVOOficiodeConcordanciaSMSapos_ADENDO.pdf	09/10/2017 19:49:56	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
Outros	OficioEmenda_ADENDO.pdf	09/10/2017 19:48:22	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
Cronograma	NOVO Cronogramaaposapos_ADENDO.pdf	09/10/2017 19:46:06	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceL_TCLE_ObservacaoUsuarioaposADENDO.pdf	09/10/2017 19:45:40	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceJ_TCLE_ObservacaoEnfermeiroaposADENDO.pdf	09/10/2017 19:44:55	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
Outros	ApendiceI_RoteirodaObservacaoaposADENDO.pdf	09/10/2017 19:44:29	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
Orçamento	Orcamentoprevisto_PlataformaBrasil.pdf	25/07/2016 16:02:35	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
Outros	OficiodeconcordanciaSMS_RP.pdf	25/07/2016 15:13:48	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
Outros	OficiodeencaminhamentodoprojetoaoCEP.pdf	25/07/2016 15:11:07	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostoassinada.pdf	25/07/2016 15:07:06	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	ApendiceH_TCLEparaUSUARIOS.pdf	25/07/2016 15:05:55	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
Justificativa de Ausência	ApendiceH_TCLEparaUSUARIOS.pdf	25/07/2016 15:05:55	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceG_TCLEparaPROFISSIONAIS DASEQUIPES.pdf	25/07/2016 15:05:34	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceF_TCLEparaGERENTES.pdf	25/07/2016 15:05:09	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceE_TCLEparaGESTORES.pdf	25/07/2016 15:04:39	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
Outros	ApendiceD_Roteiro preliminar entrevista USUARIOS.pdf	17/07/2016 09:11:43	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
Outros	ApendiceC_Roteiro preliminar entrevista PROFISSIONAIS DASEQUIPES.pdf	17/07/2016 09:10:34	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
Outros	ApendiceB_Roteiro preliminar entrevista GERENTES.pdf	17/07/2016 09:09:09	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
Outros	ApendiceA_Roteiro preliminar entrevista GESTORES.pdf	17/07/2016 09:08:27	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 01 de Novembro de 2017

Assinado por:
Angelita Maria Stabile
 (Coordenador)

ANEXO C - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Estácio para inclusão do adendo no estudo (versão 1)

CENTRO UNIVERSITÁRIO
ESTÁCIO DE RIBEIRÃO PRETO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O processo de trabalho nas Unidades de Saúde da Família segundo seus sujeitos operadores - foco nos gestores, gerentes, trabalhadores e usuários

Pesquisador: Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58363616.6.3001.5581

Instituição Proponente: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE RIBEIRÃO PRETO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.493.133

Apresentação do Projeto:

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem sido implantada em diversos municípios brasileiros desde 1994, para reorganizar e consolidar a Atenção Básica (AB) como porta de entrada do sistema público de saúde. Ela busca implementar os princípios do Sistema Único de Saúde com foco na prevenção de doenças, na promoção e manutenção da saúde dos indivíduos, de suas famílias e da comunidade. Levando em conta o processo de trabalho na AB, muitas investigações compartilham a satisfação e insatisfação dos usuários com as distintas dimensões do atendimento oferecido pelas USF(s) e unidades básicas - e também pelos demais serviços de saúde do SUS. Estudos revelam e procuram entender os diferentes olhares sobre suas particularidades principalmente na vertente dos profissionais das equipes que atuam nesse grau de complexidade, especialmente os da ESF. Deste modo, se faz necessário analisar o processo de trabalho desenvolvido na Estratégia que pode revelar importantes características sobre o fazer saúde no atendimento das expectativas e necessidades de seus usuários.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o processo de trabalho na ESF no município de Ribeirão Preto, à luz da Política Nacional de Atenção Básica segundo os sujeitos envolvidos

Endereço: Abraão Issa Halack, 980

Bairro: Ribeirânia

CEP: 14.096-160

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3603-9460

E-mail: julianasetem@gmail.com

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se preveem benefícios imediatos ou despesas pela participação no projeto. Os riscos previstos são apenas algum desconforto no momento de resposta às perguntas que serão resolvidos com direito à desistência do sujeito em participar da pesquisa. Caso haja algum prejuízo, prevê-se que o sujeito terá o direito à indenização nos termos da Lei Brasileira.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto relevante no âmbito de saúde pública e organização operacional e técnica no sistema de saúde pública, em especial, em Estratégias de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto. Não apresenta agravos de grande magnitude na abordagem detalhada no projeto de pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão de acordo.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está indicado para execução.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto está recomendado para execução. Recomendamos ainda que o desenvolvimento da pesquisa siga os fundamentos propostos do modo que foram apresentados e avaliados por este Comitê de Ética em Pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	NOVOProjetoDoutoradoapos_ADENDO.pdf	09/10/2017 19:53:14	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
Outros	NOVOOficiodeConcordanciaSMSapos_ADENDO.pdf	09/10/2017 19:49:56	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
Outros	OficioEmenda_ADENDO.pdf	09/10/2017 19:48:22	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceL_TCLE_ObservacaoUsuariaposADENDO.pdf	09/10/2017 19:45:40	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito

Continuação do Parecer: 2.493.133

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceJ_TCLE_ObservacaoEnfermeirosaposADENDO.pdf	09/10/2017 19:44:55	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
Outros	ApendiceI_RoteirodaObservacaoaposADENDO.pdf	09/10/2017 19:44:29	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
Outros	OficioconcordanciaSMS_RP.pdf	25/07/2016 15:13:48	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
Outros	OficiodeencaminhamentodoprojetooaoCEP.pdf	25/07/2016 15:11:07	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceH_TCLEparaUSUARIOS.pdf	25/07/2016 15:05:55	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceG_TCLEparaPROFISSIONAISDASEQUIPES.pdf	25/07/2016 15:05:34	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceF_TCLEparaGERENTES.pdf	25/07/2016 15:05:09	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceE_TCLEparaGESTORES.pdf	25/07/2016 15:04:39	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
Outros	ApendiceD_Roteiopreliminarentre vistaUSUARIOS.pdf	17/07/2016 09:11:43	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
Outros	ApendiceC_Roteiopreliminarentre vistaPROFISSIONAISDASEQUIPES.pdf	17/07/2016 09:10:34	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
Outros	ApendiceB_Roteiopreliminarentre vistaGERENTES.pdf	17/07/2016 09:09:09	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito
Outros	ApendiceA_Roteiopreliminarentre vistaGESTORES.pdf	17/07/2016 09:08:27	Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não