**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

DÉBORA DE SOUZA SANTOS

**Potencial criador e transformador do trabalho em saúde para
(re)configuração de modelos de atenção**

RIBEIRÃO PRETO

2014

DÉBORA DE SOUZA SANTOS

**Potencial criador e transformador do trabalho em saúde para
(re)configuração de modelos de atenção**

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – Curso Doutorado Interinstitucional entre a Universidade de São Paulo e Universidade Federal de Sergipe, tendo como associada a Universidade Federal de Alagoas, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de pesquisa: Prática Social e Profissional em Saúde

Orientador: Prof.^a Dr.^a Silvana Martins Mishima

RIBEIRÃO PRETO

2014

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.

Santos, Débora de Souza

Potencial criador e transformador do trabalho em saúde para (re)configuração de modelos de atenção. Ribeirão Preto, 2014.

198 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem.

Orientadora: Mishima, Silvana Martins.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Processo de Trabalho. 3. Modelos de Atenção. 4. Serviços de Saúde. 5. Programa Saúde da Família. 6. Integralidade.

SANTOS, Débora de Souza

Potencial criador e transformador do trabalho em saúde para (re)configuração de modelos de atenção

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – Curso Doutorado Interinstitucional entre a Universidade de São Paulo e Universidade Federal de Sergipe, tendo como associada a Universidade Federal de Alagoas, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Silvana Martins Mishima

Instituição: Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto – USP.

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Ao meu pai Francisco, minha maior inspiração.

Às meninas Gabriela Morena e Ana Bela, filhas amadas que iluminam minha vida todos os dias.

Aos trabalhadores de saúde alagoanos, que mesmo enfrentando a dura realidade do nordeste brasileiro, continuam reinventando suas práticas e contribuindo para a construção de um modelo de atenção à saúde que minimize o sofrimento, defenda a vida e promova saúde.

AGRADECIMENTOS

Aos meus amados pais, por terem sempre me incentivado e apoiado, não somente durante o doutorado, mas em todos os momentos da minha formação pessoal e profissional. À minha mãe, Maria Lúcia, por me incentivar a prosseguir os estudos, conciliando-os às minhas responsabilidades maternas, e pela prontidão em me auxiliar nos cuidados com minhas filhas, sempre que necessário. Ao meu pai, Francisco, por me amparar nos momentos difíceis, oferecendo o conforto do seu amor incondicional, e, ainda, por ser meu maior exemplo de dignidade e minha principal fonte de inspiração para acreditar na potencialidade do trabalho e do conhecimento como instrumentos de transformação pessoal e social.

À minha querida orientadora Silvana Mishima, por ter me acompanhado no processo do doutorado com cuidado, amizade e confiança. Mais que uma profissional, competente e altamente compromissada com sua missão de me orientar nesse caminho, tornou o percurso, senão leve, fluido, principalmente pela sua capacidade generosa em compartilhar seus conhecimentos e experiências. Muito obrigada, Silvana! Pois, o amor, atrelado ao alto senso de responsabilidade e compromisso social, que você imprime ao seu trabalho, faz-me acreditar mais no meu potencial como pesquisadora e professora.

Aos maiores amores da minha vida, minhas filhas Gabriela Morena e Ana Bela, pelo amor irrestrito que a mim dedicam todos os dias, fonte da energia e da luz que me fizeram caminhar sem titubear. Foram elas que pintaram e iluminaram o árduo percurso do doutorado com a alegria e o encanto infantil, que alimentam minha alma diariamente.

Ao Marconi, pelo companheiro que foi nos primeiros anos do doutorado. Minha gratidão pelas manifestações de afeto e disponibilidade sempre presentes para ouvir minhas conquistas, dúvidas e angústias.

Aos meus queridos irmãos, Rodrigo, Daniella e Thiago. Ao Rodrigo que, pacientemente, me ajudou e orientou na formatação final do texto. E em especial à Daniella que, com sua personalidade inquieta e revolucionária, porém extremamente amorosa, sempre soube confortar e inspirar esperança, nos momentos de desânimo pelos quais passei.

Às amigas de Ribeirão Preto, Karemme Oliveira, Renata Reis e Elaine Silva que, em diferentes estágios do percurso, me acolheram carinhosamente em seus lares e que, mais que o abrigo de suas casas, compartilharam comigo parte do cotidiano de suas vidas, tornando minha estada em Ribeirão Preto mais produtiva e prazerosa.

Às amigas da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas – Esenfar/Ufal: Sabrina Neves, Célia Rozendo e Mércia Breda, pelos ouvidos incansáveis e corações sempre abertos para meus rompantes e desabafos. Obrigada pela paciência e pela amizade!

Às estudantes de Enfermagem da Ufal, Elaine, Yasmy, Mibsam, Dannyelly e Emily, que foram minhas orientandas de Iniciação Científica em diferentes momentos do doutorado e que, competentemente, participaram da coleta e do tratamento dos dados quantitativos e qualitativos da pesquisa.

Ao Professor Ian Norman e à pesquisadora Samantha Coster, que atenciosamente me receberam na *Florence Nightingale School of Nursing & Midwifery - King's College London*, durante meu estágio de doutorado em Londres, não poupando esforços para tornar minha estada no exterior produtiva e estimulante academicamente.

Aos estudantes, aos colegas professores e à direção da Esenfar/Ufal, que me acompanharam nos primeiros anos de doutorado e me ampararam sempre que necessário.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP, pela oportunidade de realização do doutorado. E, em especial, às professoras Maria José Bistafa e Sílvia Matumoto, ambas da referida escola, que participaram do exame de qualificação do projeto de doutorado, oferecendo um olhar crítico importante para o estudo.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas – Fapeal, Edital PPSUS/2009, pelo auxílio financeiro concedido para realização da pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Capes, Edital 005/2009, Ação Novas Fronteiras da Capes/MEC, por ter oportunizado meu ingresso no doutorado e ter concedido o apoio financeiro necessário para a realização do estágio de doutorado na EERP/USP, em Ribeirão Preto. À Capes, Programa de Doutorado Sanduiche, que também me concedeu auxílio financeiro para custear a realização do estágio de doutorado no exterior.

À Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, por ter disponibilizado documentos e informações epidemiológicas da população, e ter viabilizado a realização dos grupos focais com as equipes de Saúde da Família. Agradecimento especial a todos os trabalhadores sujeitos do estudo, que foram meus grandes parceiros na realização deste trabalho. Obrigada pela confiança, paciência e disponibilidade.

E a todos aqueles que, de alguma forma, fizeram parte desta trajetória e me ajudaram a construir esta curta e intensa história de aprendizado e transformação pessoal e profissional, minha infinita gratidão!!!

Eu vejo o nosso trabalho como uma teia de aranha, que a gente precisa pra resolver um problema... Da ajuda deste, daquele... Vai juntando e o todo fica muito legal, porque geralmente a gente consegue! Adoro, amo o que eu faço, e estou muito feliz de participar dessa equipe.

Trabalhadora entrevistada

RESUMO

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.

O núcleo de análise do estudo foi a prática cotidiana em saúde, detendo-se na sua potencialidade para (re)configuração de modelos de atenção, no contexto da Atenção Básica, em Maceió, Alagoas, Brasil, e utilizando, como categoria analítica fundamental, o processo de trabalho em saúde. O objetivo geral foi analisar a potencialidade criadora e transformadora do trabalho cotidiano de equipes de Saúde da Família e sua relação com a construção de um modelo de atenção sustentado pelos princípios do Sistema Único de Saúde. Para isso, desenvolveu-se uma investigação de abordagem qualitativa, em duas fases, com a utilização de técnicas e instrumentos de pesquisa para coleta de dados quantitativos e qualitativos, que se complementaram para compreensão do problema investigado. Na primeira fase do estudo, a situação de saúde do município foi apresentada e analisada a partir de dados secundários acessados das principais fontes de indicadores sociais e de saúde municipais, regionais e nacionais. Na segunda fase, desenvolveu-se a técnica do Grupo Focal com trabalhadores de 13 equipes, atuantes em 8 Unidades de Saúde da Família de Maceió, com utilização do fluxograma analisador do modelo de atenção, para apropriação de dados referentes à configuração e potencialidade das práticas. O tratamento e interpretação dos dados foram desenvolvidos, orientando-se pelo método da análise temática e inspirados em princípios da hermenêutica e dialética, que permitiram a compreensão crítica da configuração e potencialidade do processo de trabalho, captando seu caráter histórico, cíclico e dinâmico. Os resultados evidenciaram que os trabalhadores enfrentam uma realidade marcada por grave situação de vulnerabilidade e risco social da população, principalmente relacionados às precárias condições de vida e desencadeados pela profunda desigualdade social, que repercutem negativamente sobre o quadro de morbimortalidade e o acesso aos serviços. A configuração do trabalho mostrou-se limitada à normatização instituída pela Estratégia Saúde da Família, mas apresenta aberturas impulsionadas pelo vínculo construído com a comunidade, produzindo múltiplas linhas de fuga informais, que se articulam no sentido de garantir a resolubilidade da atenção. Embora o trabalho vivo esteja capturado a normas e protocolos, que evidencia o predomínio do modelo biomédico e das tecnologias duras e leve-duras no cotidiano do trabalho, foram observadas múltiplas potencialidades para transformação positiva do modelo de atenção, no sentido da integralidade. A visão crítica sobre o contexto social da realidade na qual a população está inserida, o exercício do trabalho em equipe multiprofissional, o esforço no desenvolvimento de ações intersetoriais para solução dos problemas e a valorização de ações preventivas e de promoção da saúde são alguns exemplos de potencialidades identificadas. Os laços de afeto desenvolvidos entre equipes e comunidades propulsionam uma potencialidade que sinaliza disparar as demais: a abertura para o território das tecnologias leves, de acolhimento, escuta e diálogo, resultante da produção permanente de relações de confiança, compromisso e responsabilidade do trabalhador com a comunidade. A conclusão do estudo aponta que os trabalhadores vivenciam um momento de travessia, em que o modelo biomédico se confronta com novos modos de fazer. Nesse movimento, o estudo contribui ao mapear os pontos sensíveis da travessia, funcionando como instrumento para alavancar processos de empoderamento dos trabalhadores sobre sua prática, que conduzam a um modelo comprometido com a integralidade da atenção à saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Processo de Trabalho, Modelos de Atenção, Serviços de Saúde, Programa Saúde da Família, Integralidade.

ABSTRACT

SANTOS, D. S. Creative and transformer potential of the health work to (re) configuration of models of care. 2014. 198 f. Thesis (Doctorate) – Nursing School of Ribeirão Preto of the University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

The core of analysis of this study was the daily practice in health, pausing in its capability to (re)configuration of models of care in the context of primary care, in Maceió, Alagoas, Brazil, and using as analytical fundamental category, the work process in health. The overall objective was to analyze the creative and transformative potential of the daily work of Family Health Teams and their relationship with the construction of a model of sustained attention by the principles of the SUS. For this, a research with qualitative approach was developed in two phases, with the use of techniques and research instruments to collect the quantitative and qualitative data, which are complementary to understanding the investigated problem. In the first phase of the study, the health situation of the county was presented and analyzed from secondary data accessed from the main sources of social and health municipal, regional and national indicators. In the second phase, the technique of focus group was developed with employees of 13 teams, active in 8 Units of the Family Health of Maceió, using the analyzer flow chart of the healthcare model, to appropriate data regarding the configuration and potential practices. The processing and interpretation of data were developed guided by the thematic analysis method and backed by principles of hermeneutics and dialectics, which allowed a critical understanding of the configuration and capability of the working process, capturing its historical, cyclical and dynamic character. The results showed that workers face a reality marked by severe situation of vulnerability and social risk of the population, mainly related to poor living conditions and triggered by social inequality, which impact negatively on the frame morbidity and access to the services. The work configuration proved to be limited by regulation established by the Family Health Strategy, but presents openings driven by the bond built with the community, producing multiple lines of informal trail, which articulate to ensure the resolution of attention. Although the live work is strongly influenced by standards and protocols, which shows the dominance of the biomedical model and the hard and soft-hard technologies in daily work, multiple potentials for positive transformation of the healthcare model, the integrality, were observed. A critical view about the social reality in which the population is inserted, the practice of multiprofessional teamwork, effort in the development of intersectoral actions for troubleshooting and recovery of preventive and health promotion are some examples of potential identified. The bonds of affection developed between teams and communities to propel a potentiality which signals trigger the others: the opening to the territory of lightweight technologies, acceptance, listening and dialogue, resulting from ongoing production of relations of trust, commitment and responsibility of the worker to community. The conclusion of the study points the workers living a moment of crossing, which the biomedical model is confronted with new ways of doing. In this movement, the study contributes to map the sensitive points of the crossing, running as a tool to leverage processes of empowerment of employees on their practice, leading to a committed to integral care model of health.

Keywords: Primary Health Care, Work Process, Models of Care, Health Services, Family Health Program, Integrality.

RESUMEN

SANTOS, D. S. Potencial creativo y la transformación del trabajo de salud para la (re)configuración de modelos de atención. 2014. 198 f. Tesis (Doctorado) – Escuela de enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

El núcleo de análisis del estudio fue la práctica diaria en salud, deteniéndose en su potencialidad para (re)configuración de modelos de atención, en el contexto de la Atención Básica, en Maceió, Alagoas, Brasil, y utilizando como categoría analítica fundamental, el proceso de trabajo en salud. El objetivo general fue analizar el potencial creativo y transformador del trabajo diario de los equipos de Salud Familiar y su relación con la construcción de un modelo de atención sostenida por los principios del SUS. Para eso, se ha desarrollado una investigación de enfoque cualitativo, en dos fases, con el uso de técnicas e instrumentos de investigación para recopilar datos cuantitativos y cualitativos, que son complementarios a la comprensión del problema investigado. En la primera fase del estudio, la situación de salud de la provincia ha sido presentada y analizada a partir de datos secundarios censados de las principales fuentes de indicadores sociales y de salud sean ellas municipales, regionales y nacionales. En la segunda fase, se desarrolló la técnica de Grupo Focal con empleados de 13 equipos, actuantes en 8 unidades de Salud Familiar en Maceió, con utilización del diagrama de flujo analizador de los modelos de atención, para la apropiación de datos referentes a la configuración y potencialidad de las prácticas potenciales. El procesamiento y interpretación de los datos se desarrollaron guiada por el método de análisis temático y respaldado por los principios de la hermenéutica y dialéctica, lo que permitió la comprensión crítica de la configuración y potencialidad del proceso de trabajo, captando su carácter histórico, cíclico y dinámico. Los resultados mostraron que los trabajadores enfrentan una realidad marcada por grave situación de vulnerabilidad y riesgo social de la población, principalmente en relación con las precarias condiciones de vida y provocadas por la profunda desigualdad social, que repercuten negativamente en el cuadro de la morbilidad y el acceso a los servicios. La configuración del trabajo se ha mostrado limitada a la regulación establecida por la Estrategia Salud Familiar, pero que presenta aberturas impulsadas por el vínculo construido con la comunidad, produciendo múltiples líneas de fuga informales, que se articulan en el sentido de garantizar la resolubilidad de atención. Aunque el trabajo vivo está fuertemente condicionado a normas y protocolos, lo que evidencia el predominio del modelo biomédico y de las tecnologías duras e leves-duras en el cotidiano del trabajo, fueron observadas múltiples potencialidades para transformación positiva del modelo de atención, en el sentido de la integralidad. La visión crítica sobre el contexto social de la realidad en la cual la población está inserta, el ejercicio de trabajo en equipo multiprofesional, el esfuerzo en el desarrollo de acciones intersectoriales para soluciones de los problemas y la valorización de acciones preventivas y de promoción de la salud son algunos ejemplos de potencialidad identificados. Los lazos de afecto desarrollados entre equipos y comunidades para impulsar una potencialidad que señala desencadenar a los demás: la apertura para el territorio de las tecnologías leves, de acogimiento, escucha y diálogo, resultante de la producción permanente de relaciones de confianza, compromiso y responsabilidad del trabajador con la comunidad. La conclusión del estudio señala que los trabajadores experimentan un momento de cruce, en el que el modelo biomédico se enfrenta con nuevas formas de hacer. En este movimiento, el estudio contribuye a asignar los puntos sensibles de la travesía, funcionando como una herramienta para impulsar procesos de empoderamiento de los trabajadores sobre su práctica, que conduzcan a un modelo comprometido con la integralidad de atención a la salud.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Proceso de Trabajo, Modelos de Atención, Servicios de Salud, Programa de Salud Familiar, Integralidad.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Marco conceitual com valores, princípios e elementos essenciais da APS	30
Figura 2 – Marco conceitual com valores, princípios e elementos essenciais da Estratégia Saúde da Família.....	32
Figura 3 – Fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde	58
Figura 4 – Mapa Temático construído com o programa FreeMind.....	61
Figura 5 – Pirâmides populacionais de Maceió-Al, 1999/2008	68
Figura 6 – Incidência de Óbitos por causas selecionadas (⁰ /0000), por Distrito Sanitário, Maceió, 2008.....	74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Indicadores demográficos selecionados de natalidade, expectativa de vida ao nascer, mortalidade geral e infantil. Maceió, 1999/2008	67
Tabela 2 – Indicadores demográficos e socioeconômicos selecionados, Maceió, Alagoas e Brasil, 2008.....	69
Tabela 3 – Incidência de Doenças Infecciosas, Maceió, 2008	71
Tabela 4 – Prevalência de Hipertensão Arterial e Diabetes Melito, Maceió, 2008	71
Tabela 5 – Proporção de internações no SUS por grupos de causas, Maceió, Alagoas, Nordeste, Brasil, 2008	72
Tabela 6 – Mortalidade Proporcional por grupos de causa, Maceió, Alagoas, Nordeste, Brasil, 2007	73
Tabela 7 – Indicadores de acesso a serviços de saúde, Maceió, Alagoas, Nordeste e Brasil, 2005/2007/2008	76

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS ADOTADAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
Caps	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
Cora	Complexo de Regulação de Serviços de Saúde
Dinter	Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem
DS	Distrito Sanitário
ESF	Estratégia Saúde da Família
Fapesp	Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo
GF	Grupo Focal
HumanizaSUS	Política Nacional de Humanização do SUS
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDB	Indicadores e Dados Básicos de Saúde
IES	Instituição de Ensino Superior
Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
Lapa	Laboratório de Planejamento e Administração de Sistemas de Saúde
Lappis	Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde
Nisc	Núcleo Interdisciplinar de Saúde Coletiva
NV	Nascidos Vivos
OMS	Organização Mundial de Saúde
Opas	Organização Panamericana de Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPSUS	Programa de Pesquisa para o SUS
PSF	Programa Saúde da Família
RB	Rede Básica
Ripsa	Rede Interagencial para Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
Sesau-Al	Secretaria de Saúde do Estado de Alagoas
Sispacto	Sistema de Informação do Pacto pela Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde

STP 2000	Saúde para Todos no ano 2000
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
Ufal	Universidade Federal de Alagoas
UFS	Universidade Federal de Sergipe
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas
USF	Unidade Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
Veja	Vivência Educacional de Jovens e Adultos
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

A TÍTULO DE APRESENTAÇÃO: TRAJETÓRIA, ESCOLHAS E LUGARES NA DELIMITAÇÃO DO TEMA DA PESQUISA.....	17
1 A CONFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA: A PROBLEMÁTICA E O <i>LOCUS</i> DO ESTUDO.....	24
2 REFERENCIAL TEÓRICO: UMA APROXIMAÇÃO AO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E SUAS TECNOLOGIAS OPERADORAS.....	36
2.1 O trabalho como categoria estruturante da sociedade	36
2.2 Potencialidade criadora e transformadora do trabalho em saúde	40
3 OBJETIVOS	46
3.1 Objetivo geral	46
3.2 Objetivos específicos	46
4 O DELINEAMENTO METODOLÓGICO DA INVESTIGAÇÃO	47
4.1 Primeira fase: investigação do contexto	50
4.1.1 O campo de estudo	51
4.1.2 Procedimentos de coleta, tratamento e análise dos dados	52
4.2 Segunda fase: investigação do trabalho em saúde.....	53
4.2.1 O cenário do estudo	53
4.2.2 Os sujeitos da pesquisa	54
4.2.3 Procedimentos éticos da pesquisa	54
4.2.4 As técnicas de pesquisa	55
4.2.4.1 Questionário de caracterização	55
4.2.4.2 Grupo focal	56
4.2.5 Análise do material empírico.....	59
RESULTADOS DA PRIMEIRA FASE	63
5 A SITUAÇÃO DE SAÚDE DE MACEIÓ NO CONTEXTO REGIONAL E NACIONAL	64
5.1 Indicadores sociodemográficos	67
5.2 Indicadores de morbimortalidade	70
5.3 Acesso e organização dos serviços de saúde	75
5.4 A título de conclusões provisórias.....	76

RESULTADOS DA SEGUNDA FASE	77
6 CONFIGURAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO: COMO AS PRÁTICAS SE DESENHAM NO COTIDIANO	78
6.1 Caracterização dos trabalhadores sujeitos da pesquisa.....	78
6.2 Síntese fluxo do processo de trabalho	81
7 CAPACIDADE CRÍTICA E CRIATIVA NA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO.....	92
7.1 Organização do processo de trabalho da equipe: integração e autonomia produzindo novos modos de fazer	93
7.2 Em busca da resolubilidade: informalidade como linha de fuga do trabalho em saúde...	108
8 O CUIDADO TECIDO POR LAÇOS DE COMPROMISSO E VÍNCULO.....	122
8.1 Afetos e desabafos - as necessidades expressas pela comunidade	123
8.2 Tecendo o cuidado - diálogo e escuta trançando as linhas do filé de renda alagoana.....	129
9 TECENDO UM MODELO DE ATENÇÃO: APROXIMAÇÕES E CONTRADIÇÕES	144
9.1 Matéria-prima que se apresenta: o contexto de mudança.....	145
9.2 O que se projeta tecer: concepções de saúde e cuidado expressas pelas relações de demanda e oferta.....	149
9.3 Tecendo ações que sinalizam a travessia: entre o modelo que se tem e o modelo que se quer	164
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	177
REFERÊNCIAS	181
APÊNDICES.....	192
APENDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	192
APENDICE B: FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES.....	193
APENDICE C: ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL.....	194
ANEXOS	196
ANEXO A: AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	196
ANEXO B: INDICAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	197
ANEXO C: AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	198

A TÍTULO DE APRESENTAÇÃO: TRAJETÓRIA, ESCOLHAS E LUGARES NA DELIMITAÇÃO DO TEMA DA PESQUISA

Com o desenvolvimento desta investigação, intitulada *Potencial criador e transformador do trabalho em saúde para (re)configuração de modelos de atenção*, busco inserir-me na discussão do trabalho em saúde, considerando seus elementos constitutivos (objeto, instrumentos, produto, a finalidade que o direciona para o atendimento das necessidades de saúde), assim como a articulação permanente do trabalho vivo em ato e do trabalho morto no movimento de sua constituição, e suas relações com a manutenção ou transformação dos modelos de atenção, tomando como *locus* estratégico a Rede Básica (RB), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, proponho descrever e analisar o processo de trabalho em saúde, desenvolvido no interior de equipes de Saúde da Família, em Maceió, capital de Alagoas, interpretando desenhos, arranjos e elementos da prática cotidiana em saúde, potencialmente estruturantes do modelo de atenção, tendo em vista sua relevância estratégica para a reversão do modelo, um dos nós críticos do SUS, na atualidade.

Antes de explorar conceitual e historicamente as categorias em estudo, e antes mesmo de tentar justificar o tema, assim como o objeto e o problema investigado, tomo a liberdade para contar um pouco da minha trajetória na enfermagem e na docência, considerando que minha vivência, como qualquer outra, é histórica e política, e guarda sentidos e significados que me conduziram por este caminho e me colocaram neste lugar.

Que caminho? Que lugar?

Contarei sobre o caminho, pois ele tratará de situar o lugar.

Em 2002, concluí o curso de graduação em Enfermagem, e o mestrado em 2005, ambos no Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Durante o ano 2003, trabalhei como enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Estadual de Sumaré, SP. Em 2004, mudei-me para Salvador, Bahia, onde atuei, durante quatro anos, como docente da área de Saúde Coletiva, no curso de Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior (IES) privada. Desde 2008, ocupo a função docente, também na área de Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas (Ufal), em Maceió. Em 2010, ingressei no Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Universidade de São Paulo

(USP), em convênio com a Universidade Federal de Sergipe (UFS) e a Ufal, fato que me move na redação deste texto.

À primeira vista, esse caminho tortuoso conduziu-me por lugares inusitados. Entretanto, considerando a complexidade humana (MORIN, 2001, 2006), que guarda suas contradições e convergências, ordem e desordem, minha trajetória também foi construída em meio a essas relações dialógicas e sinérgicas, determinada pelas múltiplas relações e encontros estabelecidos. Buscando contextualizar e defender as ideias que dão corpo a esta investigação, buscarei apresentar as “partes” desse caminho, articulados ao todo que me move, pois sou fruto complexo dessas partes articuladas, que, mediadas pelas minhas escolhas, se integram.

A graduação em enfermagem foi um período especial e determinante da minha história, pois, nesse período, tive contato com pessoas, grupos, projetos e lugares que me conduziram para o lugar que ocupo no mundo hoje: mulher, mãe, enfermeira, professora e pesquisadora em processo de constante formação. Poderia citar muitas vivências determinantes para minha formação pessoal, técnico-científica e política, mas reporto-me a três – de ensino, pesquisa e extensão, respectivamente – que sintetizam minha experiência acadêmica na graduação e se relacionam com este momento atual, de conclusão do doutorado.

Em relação à pesquisa, na graduação, meu objeto de estudo, em dois momentos como bolsista de iniciação científica, pela Fundação e Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), se constituiu nas relações do gênero feminino no trabalho da enfermeira, focalizando especialmente a formação cultural e histórica dos estereótipos e as consequências dos mesmos para o desempenho profissional. Foi um trabalho bem avaliado junto à agência de fomento e muito motivador, principalmente porque eram questões que me inquietavam, assim que entrei na faculdade. O contato que tive com as ciências humanas, nesse momento, foi de grande importância, pois fui apresentada a um leque de autores e conceitos das humanidades, fundamentais para as pesquisas e estudos que desenvolvi posteriormente, e que desenvolvo atualmente. Destaco as aproximações que tive com as produções de Michael Foucault e Simone de Beauvoir – cada qual a seu modo me lançou a novos olhares sobre conhecimento e relações presentes na sociedade. Olhando para essa experiência agora, com certo distanciamento, percebo também que esse primeiro olhar sobre as enfermeiras, estimulou em mim uma curiosidade acadêmica pelo contexto do trabalho em saúde, que ainda está presente e me mobiliza cientificamente.

Em relação à extensão, vivenciei intensamente o movimento estudantil, participando de projetos comunitários de educação popular que mudaram radicalmente minha compreensão

de educação. A própria dinâmica que vivenciei no movimento constitui, em si mesmo, um campo rico para o aprendizado, através do exercício coletivo, do que mais tarde compreendi estar amparado nos princípios de gestão compartilhada, que nos impulsionava para construção e transformação da extensão universitária.

Foi nesse convívio que aprendi a importância de trabalhar em equipe e a identificar as dificuldades e riquezas do trabalho coletivo, democrático e participativo. Tenho muito orgulho em contar que fui integrante e participei da implantação, em 1999, dos projetos Cursinho da Moradia e Veja (Vivência Educacional de Jovens e Adultos), ambos existentes até hoje, totalmente gerenciados e desenvolvidos por estudantes de graduação e pós-graduação da Unicamp. Atuar como voluntária nos dois projetos oportunizou-me um aprendizado marcante sobre educação popular e extensão universitária, certamente determinantes para o caminho que tomei posteriormente – a docência universitária. Tais experiências de extensão me apresentaram alguns estudiosos brasileiros da educação que trago comigo ainda hoje: Paulo Freire, Carlos Rodrigues Brandão e Ruben Alves. Os conceitos que fui desenvolvendo desde essa época, de educação cidadã e participativa, como instrumento poderoso de intervenção crítica e política, capaz de transformar a sociedade injusta e excludente em que nos inserimos em um lugar mais justo e digno, solidificaram e se mantiveram sempre presentes nas minhas escolhas e ações.

Interpreto que, na presente investigação, enxergar o trabalho em saúde como processo criador e transformador, guarda estreitas relações com o conceito de educação participativa, que pressupõe a transformação dos homens e do conhecimento articulados ao movimento de ação-reflexão-ação, sempre a partir da prática.

No campo do ensino, a graduação proporcionou-me o contato constante com as práticas de saúde coletiva, ambientadas nos diferentes espaços comunitários (associações, escolas, unidades de saúde) que, aliado às experiências de pesquisa e extensão que vinha construindo na universidade, me conduziram para maior afinidade com as questões de saúde de abrangência coletiva. Passei a entender os problemas de saúde como oriundos de um conjunto de fatores que vão além das causas individuais, abarcando as condições de vida das pessoas, o que implica conhecer as relações culturais, econômicas e políticas de sujeitos e coletivos. Além disso, a reflexão a respeito das causas sociais e históricas para os problemas de saúde, bem como os debates reflexivos na busca de novos caminhos para melhorar a qualidade de vida das pessoas e garantir a promoção da saúde são questões que sempre me fascinaram e estimularam.

Nesse movimento dinâmico de aprendizado, influenciaram-me fortemente autores como Gastão Wagner de Sousa Campos, Emerson Elias Mehry, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, militantes da Saúde Coletiva brasileira e membros do Lapa (Laboratório de Planejamento e Administração de Sistemas de Saúde) do Departamento de Saúde Preventiva e Social da Unicamp, assim como pesquisadoras da área de Saúde Coletiva da Enfermagem, tais como Maria Cecília Puntel de Almeida, Cristina Maria Meira de Melo, Silvana Martins Mishima, Eliete Maria Silva, Márcia Nosawa e Josely Rimoli (essas últimas três, minhas professoras na época da graduação).

Certamente, o recorte teórico-metodológico adotado nesta investigação – processo de trabalho em saúde e dilema do modelo de atenção do SUS – se relaciona intimamente com as vivências e estudos iniciais realizados naquele momento.

Essas experiências articuladas levaram-me a desenvolver na Pós-Graduação – nível mestrado, imediatamente após a graduação, um estudo que tomou como objeto de análise as relações intersetoriais entre a educação e a saúde, estabelecidas pelas políticas institucionais e por trabalhadores desses setores, no âmbito da rede básica da cidade de Campinas, Estado de São Paulo. Desenvolvi uma pesquisa de abordagem qualitativa, onde busquei evidenciar as representações sociais dos trabalhadores de saúde e educação, atores de ações intersetoriais estabelecidas entre uma escola e uma Unidade Básica de Saúde (UBS). O desenvolvimento desse estudo foi importante para que eu mergulhasse na história da saúde pública brasileira e conhecesse os dilemas estruturais do SUS nos primeiros anos do século XX, bem como a relação desses elementos com o movimento da educação em nosso país e sua importância para a construção de um modelo de atenção voltado para a promoção da saúde e qualidade de vida.

Antes mesmo do término do mestrado, recebi um convite inesperado: auxiliar na implantação de um curso de Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior privada na cidade de Salvador, BA, atuando como docente. Naquele momento, minha primeira filha havia nascido há poucos meses e, apesar do momento de emoção e mudanças que vivenciava, aceitei o desafio. Hoje vejo que o mergulho nas questões da educação e da saúde coletiva, que o mestrado estava me proporcionando, foi determinante para a decisão que tomei naquele momento, início de 2004, aos 23 anos de idade.

A experiência vivida no período que trabalhei em Salvador foi intensa e me trouxe inúmeras inquietações sobre a formação de Enfermagem, os rumos da saúde pública no Brasil, principalmente no Nordeste, e também sobre o papel da educação como processo de transformação política e social. Naquele momento, as experiências nas práticas e nas

supervisões de estágio em UBS de Salvador e outras instituições públicas aguçaram minha sensibilidade para as desigualdades sociais e regionais, que me conduziram para gradativa reflexão e transformação sobre minha própria prática docente. Resgatando minhas experiências anteriores com educação popular, desenvolvi estratégias problematizadoras de ensino e criei, com outros professores, o Núcleo Interdisciplinar de Saúde Coletiva das Faculdades Jorge Amado (Nisc), que coordenei durante os dois anos de sua existência.

O grupo focalizava principalmente a formação interdisciplinar em saúde, proporcionando-nos rico aprendizado a respeito de metodologias inovadoras de ensino, contextualizando o campo interdisciplinar da Saúde Coletiva. Nesse movimento, alguns autores foram marcantes para o grupo, especialmente os pesquisadores baianos do Instituto de Saúde Coletiva (ISC), como Naomar Almeida Filho, Jairnilson Paim e Carmem Teixeira, e ainda o filósofo francês Edgar Morin.

Analisando minha experiência nesse período, percebo que iniciei um processo de amadurecimento a respeito dos conceitos relacionados à saúde coletiva, processo saúde/doença, território, determinantes e condicionantes de saúde, promoção da saúde e modelo de atenção. O estudo articulado às práticas que desenvolvia com os alunos na comunidade e UBS proporcionou-me intensa vivência e aprendizado sobre as dificuldades e potencialidades da Estratégia Saúde da Família como modelo de reorientação da Atenção Primária à Saúde (APS), no contexto de uma capital nordestina efervescente.

Infelizmente, tivemos grandes dificuldades de sustentabilidade, impostas pelas exigências do mercado competitivo e altamente lucrativo em que estávamos inseridos. Essas questões e outras relacionadas a elas, de precarização do trabalho docente juntamente à “mutilação” curricular, ocorrida após a avaliação do curso pelo Ministério da Educação e Cultura, fizeram-me tomar mais uma decisão radical que me levou para um caminho que, embora mantivesse a mesma direção, mudou qualitativamente seu percurso, e que vale sublinhar, me tornou uma pessoa mais feliz.

O fato foi que solicitei demissão da IES privada, no final de 2007, disposta a conquistar um emprego, como enfermeira ou professora, na esfera pública. Dediquei o primeiro semestre de 2008 a me preparar para provas e concursos. Após algumas tentativas, fui contemplada nos concursos que prestei para professor de Saúde Coletiva, de universidades em processo de ampliação pelo Reuni¹: Universidade Federal do Recôncavo Baiano – UFRB e Universidade Federal de Alagoas – Ufal. Ao avaliar o contexto dos dois cursos de

¹Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais, que tem como principal objetivo ampliar o acesso e a permanência na educação superior.

Enfermagem em relação às minhas questões pessoais, optei por essa última, ingressando nessa universidade em setembro de 2008.

A inserção na Ufal demarcou uma nova fase da minha trajetória pessoal e profissional. Embora possua imensas limitações e deficiências próprias de uma universidade federal, situada no Estado com os piores indicadores de vida do Brasil, marcado por intensa exclusão social, e práticas abusivas de exploração, vivenciamos, nesse período, momento de grande investimento federal no ensino público superior, repercutindo positivamente para o crescimento das universidades. Nesse contexto, como professora da Ufal, tive muitas oportunidades profissionais. No ensino, em articulação ao movimento de reforma curricular do curso, participei do desenvolvimento de estratégias ativas de ensino, pautadas na metodologia da problematização. Em relação à extensão, coordenei por um ano e atuei por quatro anos como tutora do Programa de Educação Pelo Trabalho Para Saúde (PET-Saúde), iniciativa do Ministério da Saúde, desenvolvendo ações interdisciplinares com estudantes, preceptores e tutores de sete cursos diferentes da área da saúde e comunicação social, realizadas em Unidades de Saúde da Família (USF) de Maceió. Além disso, coordeno e participo de outros projetos de extensão, voltados para educação em saúde de crianças e adolescentes da comunidade. Em relação à pesquisa, minha preparação e inserção no Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem USP/UFS/UFAL (Dinter), refletiram as experiências que vinha tendo de ensino e extensão na docência.

Assim, os dilemas de fortalecimento do sistema público de saúde, as incoerências entre as práticas dos trabalhadores e os princípios do SUS, evidenciados pelos conflitos entre os trabalhadores e entre esses e os usuários, o descompromisso muitas vezes presente no desenvolvimento do trabalho e a insatisfação do usuário, aliados ao “despreparo” da Universidade para formar cidadãos e trabalhadores de saúde, comprometidos com esse sistema, me impulsionaram a mergulhar nesse campo científico e âmbito de práticas (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000), de efervescência de ideias e propostas, para compreender parte dos problemas que dificultam a efetivação do sistema público de saúde.

A experiência docente acumulada, aliada à modesta apropriação científica que trazia sobre Reforma Sanitária Brasileira (RSB), SUS, modelos de atenção e trabalho, permitiram que eu me aproximasse de forma sistematizada dessas questões teóricas e práticas. Cabe ressaltar que essa aproximação e a elaboração do projeto de investigação, antes mesmo do processo seletivo do Dinter, permitiram-me a submissão do projeto que construí para o

doutorado ao “Edital do Programa de Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde” (PPSUS/CNPq/ Fapeal/ Sesau-AL 2009), obtendo parecer favorável².

Até aqui, tentei sintetizar episódios e “paradas” da minha trajetória, buscando mostrar as relações dialógicas desse caminhar com a temática de estudo, demarcando, portanto, a não neutralidade na escolha da temática e no recorte do objeto de investigação.

Finalizando essa breve apresentação, em que aponto elementos de minha formação, vivências e do repertório teórico-científico de que disponho, trago a conformação dos capítulos que serão aqui apresentados, visando dar corpo ao que me disponho que é analisar o processo de trabalho de equipes de Saúde da Família, em Maceió, Alagoas, para compreensão de como se estabelece a interface entre a prática cotidiana em saúde e a configuração de modelos de atenção.

No Capítulo 1, de forma a permitir aproximação ao objeto desta pesquisa, trago uma reflexão sobre a Atenção Básica e os modelos assistenciais. O Capítulo 2 traz o referencial teórico deste estudo – o processo de trabalho em saúde, e seus elementos constitutivos, articulando-os ao objeto da investigação. No Capítulo 3, os objetivos são apresentados e, em seguida, no Capítulo 4, é explicitado o percurso metodológico delimitado no campo empírico.

No Capítulo 5, apresento os resultados da primeira fase do estudo, trazendo o contexto sociodemográfico, epidemiológico e sanitário do município de Maceió, de forma a caracterizar o cenário onde as ações de saúde são desenvolvidas. O Capítulo 6 inicia a discussão dos resultados da segunda fase da pesquisa, trazendo resultados relativos à configuração do processo de trabalho das equipes, com a caracterização dos trabalhadores e síntese do fluxo do processo de trabalho. Nos Capítulos seguintes, 7, 8 e 9, apresento a discussão temática emergida do material empírico, revelando as potencialidades do trabalho, a partir da análise crítica das contradições, aproximações e distanciamentos das práticas em relação a um modelo amparado pela integralidade. E, por fim, no Capítulo 10, faço o fechamento do estudo, discutindo as potencialidades que se abrem na travessia necessária ao processo de mudança de modelo de atenção à saúde.

²Com a aprovação do projeto, articulei as orientações de Iniciação Científica (3) e de Trabalho de Conclusão de Curso (3) da Ufal, nesse período, à pesquisa de doutorado, voltando-me ao processo de trabalho em saúde, realizado na Estratégia Saúde da Família de Maceió, Alagoas.

1 A CONFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA: A PROBLEMÁTICA E O *LOCUS* DO ESTUDO

Como apresentado inicialmente, este estudo insere-se na discussão do trabalho em saúde, considerando seus elementos constitutivos, e na articulação do trabalho vivo em ato e o trabalho morto em seu desenvolvimento, bem como suas relações com a manutenção ou transformação dos modelos de atenção, tomando como *locus* estratégico a rede de serviços da Atenção Básica (AB) no âmbito do SUS.

Tomamos Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde como espaço de análise, pois compreendemos ser ela o ponto de atenção capaz de responder à grande maioria dos problemas de saúde que acometem a população brasileira, possibilitar a longitudinalidade e integralidade de atenção, além de contribuir como foco organizador e comunicante de um sistema integrado de saúde (BRASIL, 2006c; MENDES, 2006; MERHY, 2007).

Assim, estamos considerando, a rede de APS como um campo privilegiado para a análise e implementação de ações que possam gerar transformação do modelo de atenção, através da democratização dos espaços de gestão e organização do trabalho, em compromisso com as reais necessidades de saúde da população (MERHY, 2007).

Nesse sentido, os estudos nacionais do campo da Saúde Coletiva apresentam ricas e criativas experiências, propostas e teorias que tomam como foco de intervenção e análise ora o campo macropolítico da gestão em saúde, com a discussão de sistemas e modelos de atenção (BRASIL, 2006c; MENDES, 2006; TEIXEIRA; SOLLA, 2005; TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998) ora a esfera micropolítica do trabalho em saúde, focado no trabalho em ato, com discussão de valores, princípios e elementos estruturantes do sistema de saúde, norteadores para uma prática cuidadora (CAMPOS, 2003, 2005; MERHY, 2007; PINHEIRO; LUZ, 2007; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS), 2007).

Apropriando-nos dos estudos de Mendes-Gonçalves (1992) e Merhy (2002, 2007), compreendemos existir uma construção dialética e sinérgica entre as configurações mais amplas da saúde (espaços instituídos) e o cotidiano das ações de saúde (espaços instituintes). Para tais autores, a atenção à saúde tem início sempre a partir de uma necessidade ou problema de saúde que aflige uma pessoa ou comunidade, o que constitui o objeto do trabalho em saúde. Tal objeto só se configura como tal mediante a interpretação de saúde e doença que os sujeitos envolvidos manifestam; ou seja, existem problemas e necessidades de saúde diferentes, conforme a concepção de saúde dominante por parte do trabalhador ou conjunto de

trabalhadores que irão operar ações para solucionar aquele problema. A partir do problema e sua interpretação, usuários e trabalhadores interagem nos chamados espaços intercessores, onde vários instrumentos, materiais ou não materiais, podem ser utilizados para atender as necessidades e resolver os problemas de saúde. O produto final do trabalho em saúde, portanto, se faz no cuidado em ato, sendo consumido ao mesmo tempo em que é realizado (ALMEIDA; ROCHA, 1997; FORTUNA et al., 2005; MENDES-GONÇALVES, 1994; MERHY, 2007; MISHIMA, 2008).

Assim, os envolvidos com as ações de saúde, trabalhadores e usuários, estão definindo, cotidianamente os modos de cuidar, a partir das suas concepções, instrumentos, procedimentos e atitudes. Ou seja, modelos de atenção são mantidos ou subvertidos a partir das ações de saúde que se estabelecem entre os sujeitos em ato, mediados, certamente, pela adesão e compreensão que esses sujeitos portam de um projeto técnico político de atenção à saúde. Dessa forma, embora as normas e protocolos sejam relevantes, na medida em que formalizam e sinalizam a mudança, compreendemos que no âmbito do processo de trabalho, desenvolvido cotidianamente, é que se constrói a potência para efetivamente haver a transformação do modelo de atenção.

Considerando esse quadro mais geral até aqui traçado, esta investigação pretende estudar, acompanhar e analisar o processo de trabalho de equipes de Saúde da Família em Maceió, Alagoas, para compreensão de como se estabelece a interface entre a prática cotidiana em saúde e a configuração de modelos de atenção.

Ao enunciar a proposição mais geral do estudo, cabe apontar que este terá como objetivo geral analisar a configuração e intencionalidade das práticas cotidianas dos trabalhadores da AB e sua relação com a construção de um modelo de atenção, sustentado pelos princípios do SUS.

Assim, a compreensão do objeto de análise – trabalho em saúde compondo modelos de atenção – implica na reflexão e discussão das produções sobre Atenção Básica e modelos assistenciais, e que podem permitir aproximação ao objeto da investigação.

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) comemora, em 2014, o vigésimo sexto aniversário da instituição do SUS. São mais de 25 anos de existência, o que indica, certamente, a necessidade da reflexão sobre o cenário sanitário do Brasil, os avanços e conquistas do sistema, bem como o reconhecimento de suas fragilidades e desafios, no sentido de buscar soluções e alternativas às extensas e complexas necessidades sociais de saúde da população.

É inegável a afirmação de que o SUS avançou em diversos aspectos, especialmente no caminho que vem traçando, de esforço no alcance dos princípios que lhe são basilares: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação popular. Nesse contexto, dentre muitas conquistas, destacamos: o aumento indiscutível da cobertura da população pela Estratégia Saúde da Família, alcançando, em 2011, 53,1% da população brasileira, correspondendo a cerca de 101 milhões de pessoas³, o avanço de vários programas de saúde, voltados para grupos prioritários, tais como atenção à saúde da mulher, à saúde mental e às doenças crônicas; o êxito de programas como Programa Nacional de Imunização e o Programa de Controle de HIV/Aids, e, ainda, do Sistema Nacional de Transplantes (BRASIL, 2006c; MENDES, 2002, 2006).

Em relação ao controle social, o sistema avançou no sentido de institucionalizar espaços deliberativos de participação popular, além de fomentar mecanismos de fiscalização do funcionamento legal e democrático dos conselhos e das conferências de saúde, em todas as suas esferas de poder (local, municipal, estadual e federal) (MENDES, 2006).

Um aspecto que merece destaque, e que talvez seja consequência das conquistas acima mencionadas, refere-se à nova reconfiguração que o campo da gestão e do financiamento do SUS teve em 2006, com o Pacto pela Saúde, englobando três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de Gestão (BRASIL, 2006a). A criação do Pacto dá início a uma nova forma de organização das práticas de gestão e formas de financiamento, no sentido de romper com as normas operacionais (NOB 1996, NOAS 2001 e 2002) lançadas anteriormente, ainda muito marcadas pela centralização normativa do governo federal e por um financiamento da saúde a partir da produtividade e não da necessidade de saúde.

Em consonância com o Pacto, a publicação da Portaria nº 648/GM de 2006 (BRASIL, 2006b) instituiu a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). Essa política, absorvendo os princípios do SUS, coloca a Estratégia Saúde da Família como instrumento de mudança do modelo de atenção e localiza a APS como centro articulador de um sistema integrado e regionalizado de saúde. Com esse objetivo comum, estados e municípios têm o compromisso de pactuar responsabilidades no sentido de possibilitar a expansão da rede básica, a cooperação técnica entre municípios, o acompanhamento e avaliação da AB e a educação permanente dos trabalhadores (BRASIL, 2006b, 2007). Em outubro de 2011, é

³http://dab.saude.gov.br/imgs/graficos_abnumeros/dab_graph_sf_acs_sb_cobertura.jpg. Acesso em 13 de janeiro 2014.

promulgada a Portaria nº2.488, revisitando a Política Nacional de Atenção Básica, com a perspectiva de redes de atenção (BRASIL, 2011c).

Nessa conjuntura, percebemos amadurecimento político do SUS, na medida em que avança na direção do lançamento de estratégias que conduzam à efetiva concretização de seus princípios e diretrizes. Entretanto, conquistas jurídicas como o Pacto e a PNAB constituem, ao mesmo tempo, grandes desafios, pois sua concretude depende da participação dos atores sociais envolvidos com o sistema.

Para vários autores e militantes da RSB, os desafios e impasses do SUS se localizam nas contradições entre seu arcabouço constitucional e as práticas vivenciadas nos espaços de gestão, formação e atenção em saúde. Esses pontos de fragilidade do sistema, comumente chamados nós críticos, são múltiplos, mas estão relacionados a dois grandes eixos: o **trabalho em saúde** e a **gestão e financiamento da saúde** que, reconhecidamente, compõem o dilema do modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2007; CAMPOS, 2007; MENDES, 2006; TEIXEIRA; SOLLA, 2005).

O sistema de saúde de um país corresponde à organização e articulação dos recursos, conhecimentos e práticas necessárias para atender as necessidades de saúde de uma população. A configuração do sistema reflete a operacionalização de um modelo de atenção, com princípios e valores que se articulam às concepções e paradigmas de saúde adotados. O Brasil, em consonância com experiências internacionais de sucesso, busca orientar seu sistema a partir da APS, ponto de atenção com a potencialidade para organizar a atenção em saúde, garantindo a integralidade, a longitudinalidade e a resolubilidade da atenção (BRASIL, 2007; BERNARDES; PEREIRA; SOUZA, 2007, 2008).

Cabe aqui um pequeno parêntesis, no sentido de apontar que, desde a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma Ata, 1978, “várias interpretações foram dadas à APS, assim como distintas formas de sua operacionalização estiveram presentes nos diversos países e até mesmo dentro de um mesmo país em diferentes regiões geográficas” (DOMINGOS, 2010, p. 20).

Quatro diferentes correntes de interpretação da APS são apresentadas no documento Renovação da APS nas Américas (Opas, 2007), além de apontar uma análise sobre a situação desse ponto de atenção nas Américas. A primeira corrente indica a **APS como atenção seletiva**, ou seja, a atenção com caráter focalizado com utilização de tecnologias simples e de baixo custo, além de pessoal de baixa qualificação profissional, sem a possibilidade de

referência para níveis de atenção de maior densidade tecnológica⁴. A segunda corrente, **APS como porta de entrada do sistema de saúde**, tem como ênfase a resolução dos problemas de saúde mais comuns, restringindo-se às ações de primeiro nível, sem articulação com os outros níveis do sistema de saúde. **APS como estratégia de reorganização do sistema de saúde** é a terceira corrente, onde se tem a articulação dos recursos do sistema de maneira a satisfazer as necessidades da população, integrando com os outros níveis de atenção. A quarta corrente, **APS como filosofia** considera que essa permeia os setores social e saúde, enfatizando a saúde como direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde (Opas, 2007).

Um sistema de saúde que adota a APS como estratégia de reorientação do modelo de atenção está imprimindo nesse uma “filosofia” pautada no conceito amplo de saúde, no seu reconhecimento como direito humano e na ação sobre determinantes sociais e políticos. Nesse sentido, busca-se superar o sistema segmentado e fragmentado, ainda característico no Brasil, buscando caminhos para a construção de um sistema universal e integrado e, no caso brasileiro, concretizando os princípios do SUS e a luta da RSB (BRASIL, 2007; MENDES, 2001, 2002).

Segundo Mendes (2001), a segmentação do sistema no Brasil provoca impasses à universalização, visto que os serviços privados tomam espaço na esfera pública, o que reforça a visão equivocada do sistema público como política pobre para pobres. Já, a fragmentação do sistema, com a hierarquização e distanciamento entre os pontos de atenção, dificulta a articulação e comunicação entre os serviços, o que não otimiza as ações, encarece o sistema e o torna ineficaz e pouco efetivo para responder às necessidades de saúde da população.

Esse sistema segmentado e fragmentado responde a um modelo de atenção à saúde voltado para o atendimento às condições agudas, o que configura a contradição da saúde brasileira, pois essa, como na maioria dos países, apresenta um quadro epidemiológico de predomínio das condições crônicas (BRASIL, 2007). Esse impasse está intimamente relacionado à hegemonia histórica do chamado modelo biomédico ou médico-assistencial, baseado na concepção unicausal de saúde e doença, alavancado no século XIX pelos avanços da microbiologia e voltado para a explicação biológica do processo saúde/doença, com serviços organizados na lógica neoliberal de produção, e cujos atendimentos são fragmentados e predominantemente curativos (BATISTELLA, 2007).

⁴ Aqui utilizamos densidade tecnológica na direção apresentada por Mendes (2006), que se refere aos recursos mais complexos do ponto de vista da tecnologia incorporada a equipamentos e instrumentos necessários ao processamento da atenção, nos distintos níveis de atendimento à saúde.

A reversão do modelo implica na capacidade do sistema e dos serviços de saúde responderem aos extensos problemas de saúde da população, especialmente às condições crônicas, implicando intervenções contínuas de promoção da saúde, prevenção de riscos, tratamento, reabilitação e suporte familiar para o autocuidado, através da integração de uma rede de pontos de atenção, a partir da APS (BRASIL, 2006c; MENDES, 2006).

Para isso, a Estratégia Saúde da Família (ESF) está sendo vista, no Brasil, como a mola propulsora dessas mudanças, visto que propõe atenção contínua a uma população de território definido, com o compromisso de garantir o cuidado integral à saúde das famílias, por meio do trabalho interdisciplinar em equipe multiprofissional (BRASIL, 2001; MENDES, 2001, 2002; TEIXEIRA; SOLLA, 2005). Nesse contexto, os trabalhadores da APS carregam consigo, em seu agir cotidiano, a potencialidade de reverter o modelo de atenção, contribuindo para um sistema integrado e universal, bem como para o enfoque no cuidado às condições crônicas e à promoção da saúde.

Considerando esse quadro, pode-se afirmar que as experiências dos distintos países nos últimos 30 anos, desde Alma Ata, encaminham diferentes formas de organizar os sistemas e serviços de saúde, sendo que, desde 2000, ano demarcado para se atingir a meta Saúde Para Todos (SPT 2000), a OMS vem empreendendo análise em relação às propostas e compromissos firmados durante a Conferência. Nessa direção, dois documentos mais recentes, frutos desse conjunto de análises são: Renovação da APS para as Américas (Opas, 2007) e o Informe para saúde: Atenção Primária de Saúde mais necessária que nunca (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2008), onde são apontados elementos que indicam as primeiras tentativas de implementar a APS no mundo e os aspectos que se fazem presentes, enquanto desafios contemporâneos.

Esses aspectos dizem respeito à regulamentação dos sistemas de saúde tendo como finalidade o acesso universal e a proteção social da saúde, a resposta dos sistemas de saúde às expectativas e necessidades das pessoas, a conformação de equipes multiprofissionais e o uso de tecnologias adequadas, a participação social e a APS como coordenadora da atenção (MISHIMA, 2008; OPAS, 2007).

Para o alcance da situação colocada como desafio, a Opas (2007) considera que a renovação da APS deve ser parte integral do desenvolvimento dos sistemas de saúde, apontando a necessidade de estabelecer um sólido marco legal, institucional e organizativo, além de recursos humanos, econômicos e tecnológicos adequados. A Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2007) reconhece que a APS é algo mais que a prestação de serviços de saúde em sentido mais estrito e que seu êxito depende de outras funções do

sistema de saúde e de outros processos sociais. Para a obtenção dessa situação, é apontada a necessidade de se estabelecer um marco conceitual sustentado por valores, princípios e características essenciais de um sistema de saúde. A Figura 1 sintetiza esse marco conceitual.

Os **valores** provêm uma base moral para as políticas e programas. Nesse âmbito, são apontados três pontos: direito ao nível de saúde mais elevado possível, focando na questão da universalidade e do direito à saúde; equidade ou a ausência de diferenças injustas no estado de saúde, no acesso à atenção à saúde e aos ambientes saudáveis, trazendo imediatamente a concepção de justiça social; solidariedade que se refere ao esforço conjunto da sociedade para se conseguir o bem comum, sendo que esse aspecto pode ser igualmente pensado nas relações que se estabelecem nos distintos níveis de ação governamental (MISHIMA, 2008).

Fonte: OPAS (2007)

Figura 1- Marco conceitual com valores, princípios e elementos essenciais da APS renovada

Os **princípios** servem de ponte entre os valores e os elementos estruturais e funcionais do sistema de saúde e são traduzidos por aspectos voltados a: dar respostas às necessidades de saúde da população; orientação para qualidade sendo para isso necessário dotar os trabalhadores de conhecimentos clínicos adequados, para a resposta mais oportuna e apropriada aos problemas e necessidades identificadas; responsabilidade e prestação de contas

dos governos; justiça social; sustentabilidade que se volta para a planejamento e compromisso a longo prazo; participação, considerando o papel da população no processo de tomada de decisão, e intersetorialidade (MISHIMA, 2008).

As *características essenciais* aos elementos estruturais e funcionais do sistema de saúde que viabilizam os valores e princípios do sistema de saúde são: acesso e cobertura universais; primeiro contato; atenção integral, integrada e contínua, o que requer a construção de rede de atenção que possa atender os problemas e necessidades das pessoas; orientação familiar e comunitária, uma vez que o sistema não se foca exclusivamente na perspectiva individual ou clínica, ou seja, considera os pressupostos da Saúde Pública para tomar como elementos centrais a família e a comunidade; ênfase nas ações de promoção à saúde e prevenção de agravos; atenção apropriada que se refere ao foco da atenção que deve centrar-se na pessoa e não na doença exclusivamente; mecanismos de participação ativa; marco político, legal e institucional sólido; políticas e programas pró-equidade; organização e gestão otimizadas; recursos humanos apropriados; recursos adequados e sustentáveis; ações intersetoriais (MISHIMA, 2008).

Quando se toma os valores, princípios e características essenciais de um sistema de saúde, baseado na APS, colocados para a renovação da APS nas Américas e no mundo, há estreita articulação com o que se faz presente na proposta de organização da ESF como estratégia prioritária para organização da APS no SUS (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2008; MISHIMA, 2008).

Fonte: Andrade, Barreto e Bezerra (2008)

Figura 2- Marco conceitual com valores, princípios e elementos essenciais da Estratégia Saúde da Família

Na Figura 2, é possível identificar os elementos descritos para a renovação da APS (valores, princípios, elementos estruturais) agora indicados para a ESF no cenário do SUS. Em relação aos **valores**, pode-se verificar que estão colocados os aspectos filosóficos do SUS, enquanto que os **princípios** referem-se àqueles denominados princípios organizativos, e as características essenciais se voltam às características que evidenciam hoje a ESF no Brasil (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2008).

Essa articulação tem elevado a experiência brasileira como uma experiência exitosa internacionalmente na estruturação de um sistema e de um modelo de atenção à saúde, organizados segundo os princípios da APS (MISHIMA, 2008; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 2003; WHO, 2008). Entretanto, autores como Merhy e Franco (2002) chamam a atenção para o caráter “engessador” e despolitizado que a rápida implantação da ESF pode imprimir ao estabelecer áreas de conhecimento, tipos de trabalhadores e formas de fazer limitados que, segundo esses autores, encaminham para uma ampliação acrítica da ESF. Nessa linha de argumentação, os autores polemizam que, embora a ESF signifique um

instrumento poderoso de transformação da APS brasileira, tem se mostrado pouco efetivo para reverter o modelo de atenção (MERHY; FRANCO, 2002; FRANCO; MERHY, 2003).

Nesse sentido, embora reconheçamos a importância da ESF no contexto de fortalecimento da APS e do SUS, corroboramos os sanitaristas brasileiros que defendem a mudança do modelo de atenção, a partir da reestruturação produtiva da saúde, o que significa alterar o processo de trabalho em saúde, com redefinição de problemas e necessidades, voltando-se para o cuidado das pessoas, reinversão tecnológica do agir em saúde, com centralidade das tecnologias leves e leve-duras do trabalho e potencialização e valorização de múltiplos campos de conhecimentos e saberes operados pela equipe multiprofissional (MERHY, 2007; MERHY; FRANCO, 2002; MERHY; CECÍLIO; NOGUEIRA FILHO, 1991). Ou seja, a ESF se configura como um instrumento importante e mobilizador de mudanças. Entretanto, deve ser vista como campo de possibilidades, mais que modelo estruturado a ser incorporado acriticamente pelo país afora.

Na discussão de modelos de atenção, Pinheiro e Luz (2007) colocam em questão a dificuldade da implementação de modelos ideais de saúde. Para as autoras, um modelo prevê uma série de atos premeditados a serem realizados para alcance de resultados previsíveis. Entretanto, os procedimentos e atos protocolados por gestores e/ou planejadores necessitam de condições ideais para resultar em produtos ideais, o que é difícil de prever no trabalho em saúde. Assim, é comum o impasse entre o que é desenhado por modelos de atenção e o que acontece nas práticas de saúde cotidianas.

Ao tomarmos a APS, especificamente a ESF, como espaço privilegiado para reversão do modelo de atenção, a partir do campo micropolítico da saúde, é preciso considerar que o trabalho em saúde, nesse contexto, possui particularidades que o torna ainda mais complexo e, ao mesmo tempo, mais propício à incorporação dos princípios valorativos e estruturantes do cuidado voltado para a promoção da saúde.

Segundo Fortuna et al. (2005), discutindo o trabalho em equipe e sua articulação com dispositivos grupais como, por exemplo, o grupo operativo, apontam que o trabalho em equipe na ESF requer: lidar com a diversidade dos significados da saúde e suas ações para o grupo; encarar a riqueza e dificuldade das intensas relações humanas no trabalho; reconhecer que o trabalho produzirá os trabalhadores e vice-versa e entender que uma equipe só atuará como um grupo operativo, quando, juntos, definirem os objetivos comuns do trabalho, as tarefas individuais-coletivas-implícitas-explicitas e o projeto coletivo de atuação.

Essas discussões caminham no sentido de romper a lógica mecanicista e fragmentada, herdada e difundida pelo modelo hegemônico, em que o usuário passa de

profissional em profissional, sofrendo intervenções múltiplas e desconectadas que comumente se resumem na medicalização, solicitação/realização de exames médicos e procedimentos de enfermagem. Assim, no desenvolvimento de processos de trabalho em equipe na ESF busca-se superar a realização de tarefas “em série”, como se a equipe fosse uma máquina onde cada trabalhador executa e faz a sua “parte” e não tem compromisso com o todo, convergindo para a defesa de um princípio fundamental do SUS, a integralidade (FORTUNA et al., 2005).

Pinheiro e Luz (2007), para abordar o conceito de integralidade, discutem criticamente o que chamam de racionalidade científica moderna⁵, introduzindo outros elementos nessa discussão acerca da integralidade. Como já abordamos, no caso específico da Saúde Coletiva, estudos sugerem novas formas de agir em saúde, que não o somente pautado nessa racionalidade científica ocidental (PINHEIRO; LUZ, 2007; MERHY, 2007). Sendo assim, as práticas do cotidiano em saúde tomam espaço na reconfiguração do trabalho em equipe e de modelos de atenção pautados na integralidade, essa entendida como

[...] uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado em saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde (PINHEIRO; LUZ, 2007, p. 7).

Além disso, a integralidade implica no compromisso com uma atenção resultante de práticas direcionadas às necessidades objetivas e subjetivas das pessoas e grupos em seu contexto social, e que possam ser apreendidas e transformadas em ação por uma equipe multiprofissional, colocando em ação, portanto, a diversidade de saberes e práticas que marca a conformação dessa equipe.

Concomitantemente e nessa direção, identificamos um movimento político significativo de superação da tecnocracia e embrutecimento das relações humanas na saúde, com resgate da subjetividade e protagonismo dos atores da saúde. Trata-se do chamado projeto ético-político da Humanização, materializado na Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS – criada em 2004, e que propõe a ruptura com o modelo assistencial hierarquizado, fragmentado e técnico-burocrático. Tal política reafirma o protagonismo e a autonomia das pessoas na produção da saúde, o que implica na transformação das relações, mediante a valorização das tecnologias leves, tais como a escuta, acolhimento, diálogo e

⁵Essas autoras salientam que o modelo de vida no mundo ocidental tem forte influência do pensamento grego, manifestando-se como forma de dominação humana sobre a natureza, através da sistematização das ações (método científico) e da negação de tudo o que não é fruto da razão. Analisando Ocidente e Oriente, as autoras chamam a atenção para a cultura oriental, que não se atém à criação de modelos de verdade, mas valoriza as ações como campos sensíveis para a transformação. Assim, refletindo sobre as diferenças culturais entre os hemisférios, observam que há maneiras diversas de interpretar e agir sobre os problemas da vida humana.

negociação, tanto para a produção de cuidado quanto para a gestão em saúde. Nesse sentido, o projeto ancora-se em uma ética universal da vida, em que cada experiência humana é singular e vista como campo fértil para transformação (BRASIL, 2004a; CAMPOS, 2005; DESLANDES, 2005).

Nessa perspectiva, a ideia dos modelos de atenção ideais, formatados na medida para a consolidação do SUS, é cada vez mais criticada e pouco visualizada pelo movimento da RSB como caminho prioritário para o alcance desse objetivo. Os estudos mais recentes, orientados para as reflexões do trabalho em saúde, reforçam a necessidade de mudar o SUS no cotidiano, enfocando a publicização das ações através do protagonismo dos sujeitos.

Assim, considerando esse conjunto de aspectos, buscamos com o presente estudo contribuir para as discussões e reflexões em torno das mudanças no modelo de atenção, a partir da prática, ou seja, reconhecendo que as ações dos trabalhadores envolvem múltiplos fatores sociais e culturais, materiais e não materiais, não se limitando ao que é normatizado por modelos ideais, mas entendendo-os como base que pode (re)desenhá-los ou (re)inventá-los. Sendo assim, teremos como desafio resgatar, a partir das ações/práticas dos trabalhadores de saúde, quais as características do processo de trabalho que desenvolvem, o que move esses trabalhadores, o que fundamenta o seu trabalho, quais tecnologias utilizam, para, então, discutir como vão se configurando os “modelos” de atenção à saúde, quais princípios, ações e práticas vão se fazendo presentes e se (re)combinando na prática cotidiana de saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO: UMA APROXIMAÇÃO AO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E SUAS TECNOLOGIAS OPERADORAS

2.1 O trabalho como categoria estruturante da sociedade

Consideramos que tomar o processo de trabalho em saúde, desenvolvido na rede de APS, no município de Maceió, Alagoas, como objeto de análise, implica na construção de um aporte teórico-metodológico amparado na sua constituição, visto que, ao utilizar o termo **trabalho**, estamos nos referenciando a um universo próprio de conceitos e fenômenos (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Nesse intuito, buscamos com este capítulo apresentar e discutir nossa leitura acerca dos elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde e sua relação com o objeto de investigação ora apresentado, na tentativa de fundamentar e clarear o delineamento teórico-metodológico da pesquisa.

Esse recorte parte da premissa que o homem e todos os elementos que permitem sua (re)produção são marcados pela sua natureza histórica e social (MARX, 1994). Portanto, tal afirmação significa dizer que tomar o trabalho como categoria analítica do processo de trabalho em saúde implica em considerá-lo carregado de especificidades históricas, sofrendo influências políticas, econômicas e culturais próprias de cada sociedade, em contextos históricos e políticos específicos. Nesse movimento, considerando que estamos inseridos em uma sociedade em que opera e domina o modo de produção capitalista, a interpretação de trabalho que se propõe se insere na discussão do capitalismo na contemporaneidade.

A partir da hegemonia do capitalismo como modelo econômico no século XIX, a discussão em torno do trabalho tem assumido diversas dimensões. Reconhecidamente, essa discussão adquire força a partir das produções de Karl Marx e Friederich Engels, com as obras *O Capital* (1890) e *Manuscritos Econômico-filosóficos* (1844), quando afirmam o caráter central do trabalho na história humana e sua complexa transformação na sociedade capitalista.

No Brasil, o estudo sobre trabalho em saúde também sofreu influência dessa vertente teórica, considerando a análise da conjuntura histórica, com destaque das produções de sanitaristas que se voltaram para o estudo desse tema nas últimas quatro décadas, tais como Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, Lília Blima Schraiber, Emerson Elias Merhy e Gastão

Wagner de Sousa Campos, os quais tiveram marcadamente a influência dos estudos pioneiros de Juan Cesar Garcia e Maria Cecília Donnangelo, e cujas produções têm se destacado internacionalmente, especialmente entre países da América Latina.

Em relação às produções voltadas ao estudo do processo de trabalho de enfermagem, diversos autores despontaram a partir da década de 80, dos quais citamos Maria Cecília Puntel de Almeida, Briguita Castellanos, Denise Pires, Marina Peduzzi, Silvana Martins Mishima, Cristina Melo, dentre outras (ALMEIDA; MISHIMA; PEDUZZI, 1999). Amparados pela teoria marxista de trabalho, tais autores discutem o processo de trabalho em saúde e em enfermagem, buscando respostas e proposições para reorganização da produção de saúde no contexto do SUS.

Inicialmente, para apropriação do conceito de trabalho, com o auxílio de alguns autores (MENDES-GONÇALVES, 1992, 1994; MERHY, 2002) é necessário compreender a **natureza ontológica do trabalho humano**. Em síntese, disso inferimos que o homem/mulher, ou o homem como ser genérico, reproduz a sua própria existência com seu trabalho, respondendo a necessidades sociais por meio da utilização de conhecimentos, sempre se relacionando com os produtos de seu trabalho e com outros homens/mulheres (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Para compreensão desse conceito, precisamos decompô-lo para visualização da complexidade envolvida e das ideias e fenômenos nele articulados. Ontologicamente, homens e mulheres se constituem como seres humanos, diferenciando-se de outros seres vivos, também pela capacidade inerente de trabalhar. Nesta ideia, estão implícitos os conceitos de teleologia e historicidade, ou seja, o homem tem a capacidade, através do trabalho, de se relacionar com a natureza, produzindo transformação de suas partes, de maneira a enxergar antecipadamente os produtos do trabalho, concentrando-se em uma finalidade. Em outras palavras, o ser humano é capaz de criar projetos abstratos, transformando objetos da natureza em produtos com finalidades específicas e, ainda, memorizar e guardar esses projetos, constituindo um acervo denominado conhecimento acumulado, que comporá sua própria história (MENDES-GONÇALVES, 1992).

O homem é parte da natureza pelo princípio da causalidade, pelas condições que lhe são dadas *a priori* (biológicas, físicas, químicas, geográficas etc.), entretanto, dela se diferencia pela historicidade (sua capacidade teleológica), que permite com que, ao se destacar da natureza, possa subordiná-la à sua vontade e aos seus projetos.

Dessa maneira, todo trabalho é visto como um processo, pois é constituído por fenômenos inter-relacionados, envolvendo um objeto, dispêndio de energia para realização de

uma ação humana intencional que produzirá um produto (objeto transformado intencionalmente). Na ação, o homem utiliza instrumentos (que muitas vezes são produtos de outros processos de trabalho) que mediarão e possibilitarão a transformação do objeto. Para melhor compreensão desse processo, torna-se necessário caracterizar seus elementos constitutivos: objeto, instrumentos, produto e a finalidade que o direciona.

O **objeto** do trabalho humano é parte da natureza, mas, no momento em que é tomado pelo homem e entra no processo de trabalho, torna-se um objeto humanizado, portanto, delimitado por um olhar que possui um projeto e que enxerga, naquela parte da natureza (portanto, com qualidades naturais), potencialidades específicas. Vale lembrar que essa “visão” é mediada pelo conhecimento humano, oriundo de projetos anteriores acumulados pela sua capacidade histórica.

A tomada e a escolha do objeto pelo homem são alavancadas por necessidades humanas, construídas historicamente, mediadas pelas relações sociais que o homem estabelece com outros homens e relacionadas às suas “carências”. Para suprimento dessas necessidades, o homem utiliza sua capacidade teleológica para projetar finalidades para determinados objetos, valendo-se de **instrumentos** necessários a essa transformação. Nesse processo, utiliza sua força de trabalho (energia), caracterizada pelo conjunto de qualidades e potencialidades humanas, para escolher instrumentos necessários para colocar seu projeto em prática. Os instrumentos também guardam a natureza histórica do próprio homem, ou seja, deixam de ser “naturais” à medida que são tomados para alcançar uma finalidade determinada.

A **força de trabalho** consiste na coordenação de atividades mecânicas e intelectuais necessárias para colocar o projeto em prática. Essa coordenação implica na subordinação da energia mecânica à energia intelectual, sempre voltada para o cumprimento do projeto. Dessa maneira, observamos que todo o processo de trabalho é alimentado e determinado por uma finalidade sempre presente. Mendes-Gonçalves (1992, p. 11), sintetiza que a finalidade está presente de três modos:

[...] na constituição do Homem dotado de uma Finalidade, por efeito da presença do Homem dotado de Carecimento; na constituição do Homem em atividade, por efeito da presença da Finalidade nele; e na persistência produtiva dessa atividade, até que o resultado esteja posto.

Tal processo é cíclico e sempre presente na vida humana. Entretanto, a cada ciclo que se completa – tomada de um objeto de trabalho com características naturais que lhe conferem, aos olhos humanos, certa potencialidade; realização do trabalho operante, por meio

da força de trabalho mobilizada por energia mecânica e intelectual, que possibilitará ao homem utilizar instrumentos, para alcance de determinada finalidade, e conclusão do ciclo com a transformação do objeto em um produto, necessário, mas que também expressa outras necessidades – novos arranjos se formam, e o processo vivido e o produto produzido geram novas demandas que, mais uma vez, serão alvo do trabalho humano, reiniciando o ciclo (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Dessa maneira, o processo reinicia, com os mesmos elementos, mas sempre de maneira diferente, transformando-se e transformando o próprio homem. Nesse movimento de reprodução, por sua essência teleológica, o homem aprende e se apropria cada vez mais da natureza, a natureza se transforma e adquire novas configurações, os instrumentos são aperfeiçoados, novas necessidades e finalidades surgem.

Além de histórico, o processo de trabalho humano possui caráter social. Mendes-Gonçalves (1992) salienta que todo trabalho é realizado e marcado pela vida em sociedade, característica inerente ao ser humano. Assim, a visualização de necessidades, elaboração de projetos e produção do trabalho são fenômenos conduzidos por homens que vivem em grupos e constroem sua própria existência, necessariamente, mediados pelas relações em sociedade.

A socialidade está sempre presente no trabalho, desde o ponto de partida do processo, com a delimitação do objeto de trabalho, baseado nas necessidades de um grupo, passando pela tomada de instrumentos, até a produção de resultados que serão consumidos de maneira a manter a sociedade viva. Mendes-Gonçalves (1992) também salienta que, além da produção de produtos que ampliará o domínio humano sobre as forças naturais e garantirá a manutenção da vida humana, o trabalho é estruturante e reproduzidor das próprias relações sociais e dos próprios indivíduos trabalhadores. Ou seja, o trabalho e as relações que o homem estabelece em seu desenvolvimento produzem e fundamentam a vida em sociedade, ao mesmo tempo em que é por ela reproduzido, dialeticamente.

Nessa discussão, inserem-se os conceitos de **trabalho morto** relativo aos resultados do trabalho produtivo, materializados em objetos transformados e com finalidade específica (instrumentos, equipamentos, protocolos, leis, conhecimento) e que poderão entrar na cadeia de trabalho de outros processos; e o **trabalho vivo**, entendido como o fazer em ato, em que o trabalhador opera sua atividade produtiva e criativa, estabelecendo o modo de produção a partir do processo permanente de fugir da captura pelo trabalho morto. Nas sociedades capitalistas, observa-se que o trabalho vivo é aprisionado pelo trabalho morto, limitando a capacidade criativa e libertadora do trabalho, e reproduzindo as relações vigentes na sociedade (MENDES-GONÇALVES, 1992; MERHY, 2007).

Sendo assim, a apropriação dos homens dos resultados de seu trabalho pode ser desigual, a depender das relações sociais já existentes na sociedade. Ou seja, a realização do trabalho não garante aos trabalhadores uma distribuição equitativa dos **produtos** para troca ou consumo imediato, visto que esses podem se destacar do processo. O modo de produção é marcado, portanto, pelas relações desiguais entre os homens, presentes na sociedade, marcando divisões sociais de trabalho que determinam distribuição desigual de necessidades, objetos e instrumentos de trabalho, redundando também em desigualdade na distribuição dos resultados que, por sua vez, gerará homens desiguais socialmente (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Embasados na discussão teórica que trazemos neste capítulo, entretanto, apontamos que o próprio trabalho tem a potencialidade de, apesar do contexto macroestrutural de desigualdade sinalizado no parágrafo anterior, proporcionar ao trabalhador e ao conjunto de trabalhadores condições de empoderamento⁶ no processo de trabalho. Empoderar-se no desenvolvimento das ações cotidianas, ou seja, no âmbito das relações micropolíticas, apropriando-se da sua capacidade teleológica de construir a própria história.

2.2 Potencialidade criadora e transformadora do trabalho em saúde

Como já sinalizado, ao se tomar como objeto de análise o processo de trabalho na Rede Básica de saúde de Maceió, Alagoas, Brasil, buscamos nos referenciar ao contexto político e social em que estamos imersos, marcado pelo sistema capitalista de produção, sustentado por uma lógica neoliberal, tendo em vista as implicações desse contexto para a configuração do trabalho. Ou seja, compreendendo que os espaços micropolíticos que nos propomos analisar estão dialeticamente relacionados aos espaços macropolíticos, em seu contexto histórico e social (MENDES-GONÇALVES, 1994; MERHY, 2007).

O trabalho em saúde é aqui compreendido como uma prática social, ou seja, mediado por ações que devem ser explicadas para além da dimensão profissional e técnico-científica do trabalhador da saúde, correspondendo a práticas que se (re)produzem no contexto das relações sociais e políticas presentes na sociedade. Dessa maneira, como prática social, o

⁶Utilizamos o termo empoderamento com o sentido empregado por Paulo Freire em seus trabalhos em língua inglesa, nos quais utilizou o termo *empowerment* para se referir ao processo libertador de pessoas e grupos para, por meio do exercício da autonomia, tomar para si e para o grupo o poder de decidir sobre suas escolhas e conduzir sua própria história, consciente de sua condição social (MEIRELLES; INGRASSIA, 2006).

trabalho em saúde carrega consigo finalidades que respondem a um projeto de sociedade em que estão imbricadas concepções de saúde-doença-cuidado que vão compor o trabalho em saúde de maneira, necessariamente, dialética (ALMEIDA; MISHIMA; PEDUZZI, 1999; FELLI; PEDUZZI, 2005; SCHRAIBER, 1996).

O trabalho em saúde também se caracteriza como um serviço, assim como outras práticas sociais, como as realizadas por educadores, militares, esteticistas e outros prestadores de serviços. A prestação de um serviço caracteriza-se por ser um tipo de trabalho que é consumido em ato, ou seja, não produz um resultado que será consumido posteriormente ou que entrará na cadeia produtiva de outro processo (consumo produtivo). O serviço é prestado orientado por uma necessidade e seu produto se faz e se consome no próprio processo de trabalho, como é o caso da saúde e da educação (FELLI; PEDUZZI, 2005; MENDES-GONÇALVES, 1992; MERHY, 2007).

Nessa discussão, Merhy (2007) avança na compreensão do modo de produção em saúde, portanto, da formação do que intitula modelos tecnoassistenciais, ao destacar particularidades desse trabalho que permitem sua renovação e reinvenção. Nesse aspecto, chama a atenção para as relações dialéticas estabelecidas entre trabalho vivo e trabalho morto, de maneira que, a partir de uma discussão crítica das produções de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, questiona o predomínio do aprisionamento do trabalho vivo (instituinte) pelo trabalho morto (lógica instituída e estruturalmente determinada). O autor aponta a potencialidade do trabalho vivo em produzir “ruídos”, para além das normas e protocolos instituídos pela lógica capitalista de produção, guardando elementos capazes de estabelecer outros projetos, com objetos, instrumentos e produtos diferentes daqueles instituídos e estruturados. Para melhor compreensão dessas questões, voltamos agora para a delimitação de quais objetos, instrumentos, produtos e finalidades estamos nos referindo, no campo específico do processo de trabalho em saúde.

Na oferta de serviços de saúde, os **objetos do trabalho em saúde** são os próprios homens, que expressam suas necessidades de saúde objetivas e subjetivas. A expressão dessas necessidades é oriunda de um contexto histórico-político e social, em que prevalecem determinados paradigmas e concepções de saúde e doença, que irão condicionar a definição de cuidado, dos cuidadores/curadores e das pessoas necessitadas de cuidados. Assim, todo o processo de desenrolar-se com utilização de instrumentos próprios para alcançar uma finalidade pré-estabelecida, tendo em vista a produção de saúde/cuidado/cura, mediado pelas relações sociais presentes e pelo conhecimento acumulado naquela sociedade (ALMEIDA, 1991; MENDES-GONÇALVES, 1992; MERHY, 2007).

Assim, por exemplo, em uma época ou grupo social em que a explicação mágico-religiosa de saúde/doença é dominante e a figura da benzedeira é reconhecida socialmente como agente de cuidado e cura, os processos envolvidos na produção da saúde serão permeados e orientados pela cultura e relações sociais próprias daquele contexto. Ou seja, as necessidades de saúde sentidas, objetos de trabalho identificados (corpo, alma, ambiente), instrumentos utilizados, finalidade estabelecida e produtos obtidos se relacionarão dialeticamente com o paradigma de saúde que permeia aquele grupo, naquele tempo/espço determinados, dando sentido à sua própria vida social.

Dessa forma, as diferentes concepções de saúde e doença presentes na sociedade, ao longo da história, foram produzidas e reproduzidas pelas práticas de saúde, legitimando atores do cuidado e provocando (re)arranjos do processo de trabalho em saúde. É possível visualizar a configuração de algumas interpretações explicativas do processo saúde/doença presentes na sociedade atual e oriundos de diferentes momentos e conjunturas histórico-políticas.

Ao realizarmos um breve exercício histórico sobre os modelos explicativos de saúde/doença, hegemônicos em diferentes sociedades e épocas, é possível enxergar a conformação dos objetos de trabalho em saúde nesses contextos, e sua repercussão para a configuração do processo de trabalho em saúde. Apontamos que o movimento histórico é dinâmico e descontínuo e que é a mente humana que busca estabelecer cronologia para apropriar-se de seu sentido (NUNES, 1998). Assim, numa aproximação ao momento mais contemporâneo da sociedade, poderíamos dizer que, no contexto do desenvolvimento da medicina moderna nas sociedades ocidentais, com ápice na segunda metade do século XIX, estabelece-se a hegemonia do modelo biomédico, amparado pelas ciências exatas e biológicas em ascensão.

A microbiologia impõe uma revolução no campo da saúde, com a descoberta e isolamento de microrganismos causadores de doenças, como o bacilo de Koch e o vírus da varíola, intensificada pelos conhecimentos desencadeados posteriormente, principalmente das ciências exatas e biológicas. A revolução bacteriológica significou avanços na diagnose, tratamento, prevenção e cura de doenças transmissíveis, de maneira que a doença passa a ser explicada prioritariamente pelos aspectos biológicos, e o objeto de trabalho, tomado hegemonicamente pelo médico, volta-se para o corpo anatomofisiológico, ou melhor, para a doença que se instala nesse corpo.

O modelo biomédico de explicação do processo saúde/doença serviu ao projeto de sociedade capitalista em ascensão, orientando a configuração de um modelo de atenção biologicista, mercadológico, fragmentado e medicalizado da saúde. Esse modelo, embora

tenha significado avanços importantes no controle e cura de doenças agudas e infecciosas, mostrou-se ineficaz para resolver os graves problemas de saúde pública que a humanidade moderna e contemporânea passou a apresentar, principalmente a partir da 2ª Grande Guerra Mundial, no contexto de consolidação do capitalismo no mundo ocidental (BARROS, 2002; BATISTELLA, 2007).

Assim, a partir da segunda metade do século XX, no contexto histórico-político de questionamento do sistema capitalista e proposição de outros sistemas econômicos, como o socialista, diversos setores e grupos da sociedade passam a questionar as relações dominantes. No campo da saúde, destacam-se o crescimento das doenças crônico-degenerativas, dos transtornos psiquiátricos e da violência e, ainda, a ineficácia do controle de doenças infecciosas e parasitárias nos países pobres, evidenciando-se a pouca efetividade do modelo biomédico para responder às necessidades de saúde das populações (BARROS, 2002; BATISTELLA, 2007).

No sentido de responder a essas demandas, em um mundo cada vez mais capitalista e globalizado, surgem propostas inovadoras de atenção à saúde, voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida, como discutido anteriormente neste estudo. Assim, o Brasil e o mundo vivenciam esse dilema do desencontro entre as práticas ofertadas e as necessidades vividas, onde se localiza a intenção da conformação de um modelo de atenção voltado para a integralidade da atenção à saúde. Como abordamos no Capítulo anterior, o Brasil possui trajetória singular na América Latina, apresentando avanços e desafios na configuração de modelos de atenção sustentados pelos princípios do SUS (COHN; ELIAS, 2001).

Assim, esses aspectos nos levam a considerar que na discussão da reversão do modelo de atenção, em tese, compreendemos que o objeto do trabalho em saúde, na perspectiva que aqui consideramos – busca da integralidade da atenção e promoção da saúde – seria a condição humana em sua complexidade objetiva e subjetiva e, ainda, as próprias relações estabelecidas no trabalho em ato.

Voltando-nos para os elementos constituintes do trabalho em saúde, e acompanhando o mesmo raciocínio, temos que os **instrumentos do processo de trabalho em saúde** também se conformaram ao movimento histórico, sendo definidos e utilizados conforme as explicações de saúde e doença que foram se estabelecendo. Merhy (2007) traz uma contribuição muito importante para o entendimento desses instrumentos, ao indicar o conceito de tecnologias de saúde, a partir das discussões de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves. Para o autor, existem três tipos de tecnologias em saúde: as *tecnologias duras*, representadas pelas ferramentas materiais utilizadas no processo de trabalho (como equipamentos, instrumentos

cirúrgicos, insumos hospitalares, normas e protocolos), as *tecnologias leve-duras*, relativas ao conhecimento acumulado e estruturado necessário à utilização das tecnologias duras e operação do processo de trabalho, como a epidemiologia, a clínica médica, a enfermagem e a educação em saúde, dentre outros, e as *tecnologias leves*, que governam o fazer em saúde, correspondendo às dimensões subjetivas sempre presentes nesse trabalho, relacionadas à produção de vínculo, autonomia e acolhimento.

Sobre as tecnologias leves, Merhy (2007) define-as como campo de subjetividades, que se fazem presentes nos espaços intercessores, estabelecidos nos diferentes encontros na produção da ação em saúde, ou seja, entre quem cuida e quem é cuidado, entre os trabalhadores voltados à ação do cuidado ou da gestão, por exemplo, com a finalidade comum de produzir saúde. Tais espaços constituem os encontros responsáveis pela identificação das necessidades de saúde (objeto do trabalho) objetivas e subjetivas, a qual, articulada à captura do trabalho vivo pelo trabalho morto (e vice-versa), e permeada pela subjetividade que os envolvem, orientará o desenrolar das ações/produtos.

Segundo o autor, o território de tecnologias leves, onde acontecem as práticas de saúde, possibilita a otimização do potencial criador do trabalho vivo, o qual não se encerra por sua captura pelo trabalho morto (maquinário, protocolos, modelos), mas avança num movimento continuamente dinâmico e transformador. Nesse sentido, o trabalho em ato também tem outra característica própria, o *autogoverno*, definido por Merhy (2007) como sendo “certa autonomia” e possibilidade de escolha que o trabalhador (e também o usuário) tem em seu processo de trabalho. Nesse aspecto, embora o lugar que o trabalho vivo ocupa possa manter e reforçar o que está “instituído”, como o paradigma e os instrumentos operantes do modelo hegemônico, da mesma forma, sua natureza instituinte permite que possa reverter o instituído e transformar o modelo de atenção.

A utilização, priorização ou negligência das diferentes tecnologias de saúde será estabelecida de acordo com a concepção de saúde presente e, portanto, da forma como o problema de saúde é tomado, a partir de certa configuração do projeto de saúde predominante na sociedade. Assim, a finalidade do processo de trabalho em saúde está pautada na complexidade histórica, política e social de uma sociedade, refletindo suas desigualdades, seus conflitos e o jogo de forças nela presentes. A esse conjunto de aspectos que caracteriza o projeto tecnoassistencial, construído em ato com a utilização do conjunto de tecnologias em saúde e mediado por tecnologias leves, em específico, entendemos ser modelos de atenção à saúde.

Modelo de atenção, portanto, consiste no fazer intencional em saúde, tendo em vista uma finalidade. Disso, inferimos que, na busca por modelo orientado por uma concepção reducionista e biologicista do processo saúde/doença, os trabalhadores valorizarão tecnologias duras e leve-duras para alcance da normalização biológica do corpo físico e mental, reproduzindo o modelo vigente. Mas, se a finalidade do processo de trabalho em saúde for um modelo de atenção, orientado por uma concepção social e holística, tecnologias leves, leve-duras e duras serão utilizadas de maneira articulada para produção de cuidado integral à saúde.

Uma vez traçado esse quadro, é importante reforçar que partimos das seguintes premissas para realização do presente estudo:

- 1) o trabalho em saúde, por ser histórico e social, vai se recombinaando em ato, não podendo ser facilmente mensurado e controlado por normas e protocolos rígidos e genéricos, mas apresenta a potência de transformar modelos de atenção na direção da integralidade;
- 2) modelos estruturados, formatados na medida para consolidação do SUS, reproduzem a alienação do trabalhador sobre seu trabalho, e sobre sua própria condição de humano. Por outro lado, é possível mudar e (re)construir o SUS no cotidiano, enfocando a publicização das ações, através do protagonismo dos sujeitos;
- 3) a configuração do trabalho em saúde está condicionada à interpretação que se faz de “trabalho” e de “saúde” em dado contexto histórico-político. Assim, o processo de trabalho é orientado pelos paradigmas existentes na sociedade, e pela sua natureza criadora, reproduz o trabalho e o próprio homem, exercendo sua criatividade e potencialidade transformadora. E, nesse ponto, visualizamos o potencial do processo de trabalho em saúde na manutenção ou transformação do modelo de atenção, que poderá ou não estar sustentada nos princípios do SUS.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

A presente investigação teve por objetivo analisar a potencialidade criadora e transformadora do trabalho em saúde no contexto da Atenção Básica, para a construção de modelo(s) de atenção sustentado(s) pelos princípios do SUS.

3.2 Objetivos específicos

- Analisar a configuração das práticas de saúde desenvolvidas pelos trabalhadores de equipes de Saúde da Família da cidade de Maceió, Alagoas.
- Analisar a lógica presente nas ações desenvolvidas pelos trabalhadores no trabalho cotidiano.
- Identificar potências presentes no cotidiano do trabalho em saúde que indiquem caminhos para mudança do modelo de atenção.
- Discutir a intencionalidade presente no trabalho cotidiano e as aproximações com a construção de um modelo de atenção amparado pelos princípios do SUS.

4 O DELINEAMENTO METODOLÓGICO DA INVESTIGAÇÃO

O delineamento metodológico deste estudo passou por um movimento de remodelagem ao longo do processo de construção e desenrolar do projeto, que reflete a própria natureza de seu objeto de estudo: o trabalho. Por sua natureza instituinte, o trabalho como processo se faz em ato e é reeditado no agir, ganhando novas formas, técnicas, instrumentos e possibilidades ou, ao mesmo tempo, reiterando e mantendo situações postas.

Inspirados nesse dinamismo que imprime ao trabalho, de um lado sua característica criativa e transformadora, nos permitimos, no decorrer deste estudo, construir um trajeto investigativo atento para as mudanças processuais e para as possibilidades que foram se apresentando ao longo do percurso. Isso não significou desrespeito aos protocolos científicos de legitimidade e ética, tampouco incoerência na busca por rigor teórico-metodológico. Pelo contrário, imprimir certa “liberdade” no fazer da pesquisa consistiu em uma escolha consciente e coerente ao referencial adotado.

A princípio, definimos o projeto como uma pesquisa de caráter qualiquantitativo a ser realizada em dois momentos articulados (quantitativo e qualitativo). No primeiro, um estudo epidemiológico do tipo ecológico foi realizado para descrição da situação de saúde da população de Maceió, Alagoas, com o intuito de identificar as principais necessidades de saúde presentes no cotidiano dos trabalhadores. No segundo momento, qualitativo, a ideia inicial era realizar observação participante e entrevista com os trabalhadores de equipes de Saúde da Família de uma USF indicada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a fim de analisar a potencialidade do trabalho em saúde para reconfiguração do modelo de atenção.

Entretanto, esse desenho metodológico “redondo” e planejado para capturar a realidade objetiva e subjetiva do trabalho em saúde foi ganhando novos contornos, fruto da conjuntura histórico-política que se apresentava no município, da experiência acumulada desta pesquisadora ao longo do processo, juntamente com a incorporação e aprofundamento de outros saberes e práticas relacionadas ao objeto de estudo.

O primeiro marco foi a destituição do emblema “estudo de abordagem qualiquantitativa”, que remete à dicotomia entre as variáveis quantificáveis e os sentidos qualificáveis. Retomando o objeto e objetivos desta investigação, seríamos incoerentes se permanecêssemos com um olhar cartesiano sobre a captura da realidade, visto que o trabalho se faz mediado pelas relações sociais intersubjetivas e objetivas dos sujeitos, de forma indissociável e indivisível (DESLANDES; ASSIS, 2008). Essa compreensão se aprofundou

quando finalizamos a descrição e análise da situação de saúde de Maceió (o então “Momento Quantitativo”) e percebemos que a capital nordestina com os piores indicadores sociais e de saúde do Brasil guardava desigualdades profundas em seu próprio território. Além dos indicadores contundentes, ao solicitar a indicação por uma unidade de saúde de referência, tida como de “boas práticas”, para a coordenação da ESF do município, não obtivemos a indicação de uma, mas de oito unidades, uma em cada Distrito Sanitário de Maceió, que apresentavam diferenças regionais significativas entre si do ponto de vista demográfico, socioeconômico e sanitário.

Essa configuração nos colocou frente a um desafio: que unidade escolher. Aproveitando a experiência anterior desta pesquisadora com a utilização da técnica de grupo focal, planejamos a utilização dessa com algumas equipes das 8 unidades com o intuito de selecionar uma USF para desenvolvimento da investigação. A realização dos grupos focais nas diferentes unidades nos possibilitou um campo rico e diverso para compreensão do trabalho das equipes, evidenciando potencialidades para captar a configuração e possibilidades do trabalho em saúde em diferentes contextos. Assim, decidimos estender a realização do grupo focal para todas as equipes das oito unidades indicadas pela coordenação municipal da ESF.

Essa descrição introdutória, sobre os rearranjos metodológicos, apontam o caminho que traçamos e o esforço que temos realizado para compreender a totalidade do objeto em questão, de maneira a não reduzi-lo a variáveis quantitativas e qualitativas que se complementam. Assim, o estudo detém-se na análise dos significados e sentidos presentes no contexto do processo de trabalho em saúde, inspirando-se em princípios da hermenêutica e da dialética, com base no referencial teórico adotado e amparado por técnicas de apropriação e análise do empírico que possibilitassem a compreensão da realidade.

Entendemos ser essa estratégia a mais próxima para captar a dinâmica do processo de trabalho na estratégia de Saúde da Família, considerando seus elementos constituintes e a articulação permanente do trabalho vivo e do trabalho morto, bem como toda a expressão de subjetividade presente nesse processo. Para isso, nos apoiamos teoricamente em Deslandes e Assis (2008), Minayo (2008a, 2008b) e Minayo e Sanches (1993), para o delineamento do percurso metodológico da investigação.

O olhar sobre o objeto de estudo em questão aconteceu pela lente do referencial teórico de processo de trabalho em saúde discutido anteriormente. De maneira que a aproximação com conceitos trazidos pela hermenêutica e dialética ocorreu num curso natural

do processo de investigação, visto que constituem disciplinas da filosofia e ciências sociais que dialogam intimamente com o referencial teórico adotado.

Nesse sentido, pontuaremos, a seguir, elementos das duas abordagens que nos auxiliaram no processo de desenho, leitura e análise do objeto de estudo – configuração e potencialidade do trabalho em saúde para mudança do modelo de atenção – sem a pretensão de esgotarmos a compreensão (objeto da hermenêutica) e a discussão histórico-crítica (objeto da dialética) do recorte de realidade que analisamos. Cabe, mais uma vez, enfatizar que mais que esgotar as questões teóricas, a intenção desse esforço de aproximação é outra: qualificar a lente que nos possibilita enxergar o processo de trabalho com o intuito de alcançar os objetivos a que nos propomos neste estudo.

A hermenêutica origina-se na filosofia e diz respeito à arte da compreensão em sua totalidade e, ao superar dicotomias entre ciências naturais e sociais, é entendida como mais abrangente que a própria experiência científica. Minayo (2008b), citando filósofos como Hans-Georg Gadamer e Friedrich Schleiermacher, explica que os seres humanos buscam se entender mutuamente num movimento interior relacional de se porem de acordo. A necessidade da hermenêutica aparece quando há um transtorno de entendimento e esse não acontece por si mesmo – é quando o ato de compreender vira tarefa. Tal ato acontece quando o texto/sujeito pode ser entendido através da linguagem nas suas relações intersubjetivas, inserido em seu contexto histórico e político, rearranjando-se num movimento dinâmico da força expressada pela sua liberdade e simultaneamente condicionada pelas necessidades postas pela realidade.

O lançamento do olhar hermenêutico sobre o processo de trabalho em saúde oferece-nos a possibilidade de compreensão das vivências cotidianas do trabalho em saúde, levando-se em consideração o que os trabalhadores comunicam através da linguagem e sua articulação com o contexto institucional no qual estão inseridos. Isso significa, também, entender os sujeitos no mundo das relações intersubjetivas que o conduzem na vida, de maneira que a objetivação obtida por seus atos foi mediada e traduz sua subjetividade que, por sua vez, é construída na relação com os outros. Tais elementos nos auxiliam na compreensão dos significados e da intencionalidade contidas nas práticas do trabalhador em saúde que estão amalgamadas pelas múltiplas relações dialéticas que se estabelecem entre os sujeitos inseridos em uma realidade histórica.

A dialética nasce desde os registros pré-socráticos como método de análise do discurso em busca da verdade, por meio da arte do diálogo e da discussão, buscando distinguir coisas e fatos e trazendo à tona suas incoerências e contradições. Segundo Minayo (2008b),

autores, como Immanuel Kant, Friedrich Schleiermacher e Georg Wilhelm Friedrich Hegel, resgatam no período da pós-modernidade científica, marcada pela racionalidade médica, a condição da dialética como método de conhecimento que serve para conduzir o discurso de maneira a obter uma representação verdadeira da realidade. No materialismo histórico dialético, desenvolvido no marxismo, a dialética consiste numa maneira dinâmica de interpretar o mundo e seu dinamismo histórico político, consistindo não só em um método de entendimento, mas, sobretudo, em um método de transformação do real, que modifica mentes e cria ideias nesse processo. Isso significa “entender que, do ponto de vista da história, nada existe de eterno, fixo e absoluto e que, portanto, não existem nem ideias, nem instituições nem categorias estáticas” (MINAYO, 2008b, p. 95).

A principal contribuição da dialética na análise do processo de trabalho a que nos propomos está na própria constituição do referencial teórico que adotamos, de raízes marxistas. Portanto, o olhar através do processo de trabalho buscará, além da compreensão dos sentidos e significados das práticas vivenciadas, colocar à tona as contradições presentes nos discursos que refletem a realidade conflituosa das desigualdades, das relações de dominação, exploração, poder e conformidade. Distinguir e discutir criticamente tais pontos de conflito e antagonismo nos aproximará das potências contidas no processo de trabalho em saúde tendo em vista a mudança de modelo de atenção.

Em síntese, a contribuição da hermenêutica está na compreensão por meio da linguagem dos sentidos, significados e vivências dos indivíduos num determinado contexto. A dialética visualiza essa linguagem como expressão dos antagonismos, presentes na realidade histórico-social conflitiva, de maneira que, uma vez desvelando o quadro real de desigualdades, é possível a apropriação dos instrumentos que possibilitem a transformação desse real.

A partir dessa conformação do olhar posto sobre o objeto, delimitamos o estudo em duas fases articuladas: Primeira Fase – investigação do contexto e Segunda Fase – investigação do trabalho.

4.1 Primeira fase: investigação do contexto

Na primeira fase da pesquisa buscamos contextualizar o campo de inserção do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família (SF) investigadas, traçando um

panorama das condições de vida e saúde da população atendida pelos trabalhadores. Considerar a situação de saúde da população nos permite reconhecer os problemas e necessidades de saúde que estão presentes no cotidiano do trabalho das equipes e que, potencialmente, se apresentam como objeto de seu trabalho.

Para isso, realizamos nesta fase um estudo epidemiológico descritivo, tipo ecológico territorial, que toma como unidade de referência a cidade de Maceió, Alagoas, Brasil. Os estudos ecológicos caracterizam-se por abordar áreas geográficas delimitadas, analisando e correlacionando indicadores globais de vida e saúde, os quais correspondem a médias referentes à população total, que permitem descrever a situação de saúde de agregados humanos e, ainda, gerar hipóteses epidemiológicas por meio de análises de correlação (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2003).

4.1.1 O campo de estudo

O Estado de Alagoas foi o campo deste estudo, consistindo em um *locus* estratégico de compreensão da realidade nordestina, reconhecidamente uma das regiões brasileiras que mais depende do SUS, dada a situação socioeconômica de seus habitantes (BRASIL, 2007). Tal população padece da acentuada desigualdade de renda, característica de todo o Estado, cuja origem pode ser observada na estrutura fundiária marcada por profunda concentração de terras.

O perfil epidemiológico alagoano reflete a situação social de seus habitantes, apresentando indicadores preocupantes no que se refere à mortalidade infantil, cobertura vacinal, doenças da pobreza (diarreia, parasitoses e doenças infecciosas) e, ainda, agravos próprios da modernidade, como doenças cardiovasculares, cânceres, além da violência urbana e rural (UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS (UFAL), 2005).

Apesar dessa realidade delicada do Estado, ao realizarmos pesquisa nas plataformas eletrônicas de publicação em saúde coletiva/pública, encontramos escassa produção científica ligada ao processo de trabalho em saúde, na região, e nenhuma que se voltasse para a discussão desse em relação aos modelos de atenção.

4.1.2 Procedimentos de coleta, tratamento e análise dos dados

Para coleta, utilizamos dados secundários disponibilizados em bancos de dados públicos e documentos nacionais e municipais de saúde. Os bancos nacionais consultados foram produzidos por: Instituto Brasileiro de Geografia e Bioestatística (IBGE), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Departamento de Informática do SUS (Datasus) e Sistema de Informação do Pacto pela Saúde (Sispacto). Os documentos nacionais utilizados foram os relatórios de Indicadores e Dados Básicos de Saúde (IDB), produzidos pela Rede Interagencial para a Saúde (Ripsa). Foram consideradas as divulgações mais recentes dos bancos e documentos nacionais, referentes ao ano 2008.

Os bancos de dados municipais consultados foram produzidos pela Equipe de Epidemiologia da Coordenação Geral de Planejamento, Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, atualizados até 2010. Os documentos municipais utilizados foram o Perfil Epidemiológico de Maceió – 2008 e os Planos Municipais de Saúde dos triênios 2006-2009 e 2010-2013.

Para a caracterização da situação de saúde e conseguinte produção das informações, nos orientamos por Nichiata e Fraciolli (2001), de maneira a obter dados de saúde – analisar os dados – produzir informações sobre necessidades de saúde – organizar o serviço e o processo de trabalho – intervir nas necessidades de saúde. Isso implica que a produção das informações nos conduziu para a apropriação de um contexto que nos permitiu analisar criticamente as práticas desenvolvidas, no sentido de suprir as necessidades de saúde com a finalidade da produção do cuidado.

Para produção das informações, reunimos os dados das fontes nacionais e municipais, para descrição e análise, mostradas a seguir:

- **Indicadores sociodemográficos** referentes às taxas de crescimento, natalidade, expectativa de vida, renda, emprego, escolaridade e urbanização. Alguns indicadores não foram encontrados para as capitais brasileiras, e, nesses casos, consideramos as informações encontradas para o Estado de Alagoas.
- **Indicadores de morbimortalidade**, voltando-se para os grupos de agravos prioritários (e pactuados) – mortalidade infantil, doenças infecciosas, doenças não infecciosas, neoplasias e causas externas.
- **Indicadores de acesso e organização de serviços de saúde** relativos à cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), número de unidades secundárias e terciárias de saúde e frequência de médicos e enfermeiros atuantes no município.

Para análise e discussão dos dados e informações, utilizamos técnicas da estatística descritiva para organização, apresentação e descrição dos aspectos relevantes ao estudo, por meio de gráficos, tabelas e medidas, produzidos com o programa Excel/2008, que expressam a distribuição das variáveis estudadas.

Cabe destacar que o produto desta primeira fase de investigação consistiu na definição de um perfil sociodemográfico, epidemiológico e sanitário do município, que permitiu aproximação ao contexto em que as unidades de saúde encontram-se imersas no desenvolvimento do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família⁷. A análise da situação de saúde de Maceió nos conduziu para a segunda fase da pesquisa – investigação do processo de trabalho em saúde com realização de grupos focais.

4.2 Segunda fase: investigação do trabalho em saúde

Nesta fase buscamos visualizar a configuração do processo de trabalho em saúde na ESF e discutir criticamente as potências contidas no trabalho que se relacionam com o contexto histórico, político e institucional vigente. Nesse sentido, optamos por capturar aspectos da organização do processo de trabalho, mediante a aplicação de questionário individual com cada trabalhador e a realização de Grupos Focais (GF) com as equipes de Saúde da Família das unidades selecionadas.

4.2.1 O cenário do estudo

O cenário do estudo foi a rede básica de saúde do município de Maceió, capital de Alagoas, onde investigamos o processo de trabalho de 13 equipes de Saúde da Família pertencentes a 8 Unidades de Saúde da Família (USF), definidas com a orientação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Maceió. A definição das unidades ocorreu a partir da

⁷Os resultados foram apresentados e discutidos nos seminários de avaliação parcial e final do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS) edital 2009, em parceria com a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas, nos anos 2011 e 2012, respectivamente, contando com a presença de gestores da Atenção Básica do município e do Estado de Alagoas. Em 2011, os resultados foram publicados e apresentados na modalidade oral na “XI Conferência Ibero-americana de Educação em Enfermagem da Aladefe e ao III Encontro Latinoamerica-Europa”, em Coimbra, Portugal.

análise dos dados secundários coletados na primeira fase do estudo e de critérios de “boas práticas”, indicados pela coordenação de Saúde da Família da SMS, que indicou uma unidade de referência para cada Distrito Sanitário do município.

Segundo os últimos dados do IBGE, divulgados em 2013, Maceió possui população de 932.748 habitantes, dividida em oito Distritos Sanitários. A gestão municipal de saúde conta com uma rede de serviços, com 68 unidades de saúde municipais, dentre esses, serviços especializados de apoio diagnóstico, unidades especializadas sem internação, e 37 unidades da rede de AB vinculadas à ESF que abrigam 71 equipes de Saúde da Família, significando cobertura populacional de apenas 27%.

Considerando Maceió uma das capitais brasileiras com os piores índices de desenvolvimento humano e de desigualdade socioeconômica, concluímos que o desenvolvimento de pesquisas e estratégias que contribuam para a reversão dessa realidade, especificamente no campo da saúde, é uma prioridade.

4.2.2 Os sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram os trabalhadores de 8 USF da cidade de Maceió, em um total de 13 equipes, incluindo profissionais da equipe mínima da ESF e outros agregados heterogeneamente às equipes nos diferentes cenários. No total, tivemos a participação de 93 trabalhadores: agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiras(os), técnicos e auxiliares de enfermagem, dentistas, auxiliares de saúde bucal, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, auxiliares administrativos, diretores administrativos, porteiros e auxiliares de limpeza. Para efeitos desta pesquisa e o compromisso na garantia do sigilo, os sujeitos são apresentados neste estudo apenas com a letra inicial do primeiro nome, indicação da ocupação profissional do serviço e numeração de sua equipe.

4.2.3 Procedimentos éticos da pesquisa

Primeiramente foi obtida autorização formal da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió para a coleta de dados secundários e primários, referentes à população e ao trabalho

de equipes de Saúde da Família do município, em janeiro de 2010 (ANEXO A). Em março de 2012, para obtenção da indicação das unidades de Saúde da Família e início da fase empírica da coleta, outra autorização foi emitida pela Coordenação de Saúde da Família da SMS (ANEXO B).

Tratando-se de pesquisa que envolve seres humanos, respeitamos as precauções éticas cabíveis, conforme a Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde, publicada em 1996, de maneira que a fase empírica da pesquisa teve início somente após aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, o qual foi submetido para análise e obteve parecer favorável em abril de 2010. Processo nº. 10136/2009-15 (ANEXO C).

O trabalho de campo com os sujeitos do estudo foi realizado mediante aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, escrito em linguagem clara e acessível, no qual constaram os objetivos da pesquisa e a relevância da participação dos sujeitos (APENDICE A).

4.2.4 As técnicas de pesquisa

4.2.4.1 Questionário de caracterização

Aplicamos um questionário semiestruturado com 15 tópicos em 75 dos 93 trabalhadores participantes da pesquisa (APÊNDICE B). O instrumento foi utilizado com o intuito de fornecer uma caracterização geral dos sujeitos em três aspectos: dados de identificação, informações profissionais e opiniões sobre o serviço de saúde. A aplicação ocorreu sempre em momento anterior ao início do grupo focal nas USFs e com aceite do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE A).

Um formulário idêntico ao instrumento foi criado no ambiente virtual *Google Docs* para digitalização *on line* dos dados, os quais foram importados para uma planilha Excell. As informações geradas pelo instrumento de caracterização contribuíram para a discussão sobre a configuração do processo de trabalho das equipes.

4.2.4.2 Grupo focal

O Grupo Focal (GF) constitui-se em uma técnica de entrevista coletiva sobre tema específico que se mostrou muito útil na pesquisa de campo deste trabalho, por possibilitar amplo alcance da coleta junto aos agentes do trabalho no município e oportunizar a entrevista dos sujeitos no seu contexto de trabalho, físico e de relações. Realizamos a técnica com 13 das 15 equipes de Saúde da Família atuantes nas 8 USFs indicadas. A realização dos grupos ocorreu entre outubro de 2011 e novembro de 2012. Os grupos eram organizados e coordenados por esta pesquisadora, contando com duas auxiliares de pesquisa bolsistas⁸ que, após devida capacitação sobre a técnica de pesquisa, atuaram como observadoras, transcritoras e também coorganizadoras dos GFs.

A utilização da técnica foi bastante produtiva no sentido de oferecer a coleta de material empírico de grande riqueza em variedade e profundidade. Entretanto, o tempo da coleta e recursos financeiros e humanos disponibilizados foram superiores ao planejado, pela dificuldade de negociação e agendamento dos grupos em data compatível para todos os membros da equipe, o que significou desencontros e viagens perdidas, gerando a impossibilidade de duas (2) equipes participarem dos grupos focais.

Cumprimos os seguintes procedimentos para coleta do material empírico em cada USF:

- I. contato telefônico com a Diretoria Administrativa ou Diretoria Médica ou enfermeira atuante na USF, para agendamento de uma reunião com a pesquisadora, com fins de apresentação da pesquisa e entrega de documentos;
- II. ida à USF para conversa com o contato realizado previamente, apresentação da pesquisa e convite da(s) equipe(s) para participação do grupo focal com entrega de envelope contendo documentos de aprovação e indicação da unidade pela SMS e cópia do projeto de doutorado. Finalização do encontro com o agendamento do grupo focal em melhor data e horário para a equipe ou firmação de compromisso de que a unidade entraria em contato para comunicação de data e local mais adequados para o grupo focal. Pesquisadora e auxiliares de pesquisa tiveram que

⁸Edital PPSUS - 2009 e Fapeal.

se adequar aos horários disponibilizados pelas equipes e, ainda, assim, houve alguns cancelamentos e reagendamentos;

- III. ida à USF ou outro local indicado por membro da equipe para realização do grupo focal. Realização da entrevista coletiva com duração de 49min a 1h10min, com a participação de 7 a 11 pessoas por grupo e sempre com a presença da coordenadora (pesquisadora) e uma observadora (auxiliar de pesquisa). A entrevista ocorria geralmente em sala de reuniões da unidade, mas outros espaços foram utilizados por inexistência ou impropriedade dessa: consultório da unidade, copa da unidade, igreja da comunidade, escola da comunidade. Ao final do grupo, um lanche era oferecido e a atividade era encerrada com mais agradecimentos pela participação; e
- IV. transcrição das entrevistas na semana seguinte à sua realização.

Em relação à técnica do grupo focal, são apontadas como vantagens o alcance do maior número de pessoas em menor espaço de tempo e a oportunidade de aprofundar a discussão em virtude das diversas opiniões dentro do grupo, pois, a partir do momento em que cada integrante retrava o tema, a partir da sua vivência ou *verticalidade*, remetia-se ao mesmo tempo à sua história pregressa e à atualidade, tecendo-as com as dos demais integrantes do grupo, constituindo a *horizontalidade* onde se insere (KIND, 2004).

O grupo focal, no entanto, aplica-se quando a interação entre os participantes pode produzir novas ideias, de maneira que a participação em grupo facilite a reflexão dos integrantes, ao mesmo tempo que incite opiniões divergentes (CHIESA; CIAMPONE, 1999).

Dentre as diversas abordagens para o grupo focal, aqui nos inspiramos por aquela preconizada por Enrique Pichon-Rivière, da primeira Escola de Psicologia Social, em que o grupo focal deve funcionar como grupo operativo, ou seja, um conjunto de pessoas em equipe trabalhando em torno de um objetivo em comum. Essa abordagem caracteriza-se pela postura do moderador em seguir o movimento do grupo, acreditando na sua potencialidade para realizar a tarefa. Essa tarefa a ser realizada possui duas facetas: a tarefa explícita, que está relacionada ao motivo da convocação do grupo e a tarefa implícita, que está relacionada aos obstáculos e contradições que interferem no andamento da tarefa e os integrantes teriam que encontrar meios de superá-los (CHIESA; CIAMPONE, 1999).

O grupo focal, enquanto grupo operativo, considera o sujeito enquanto produto emergente de sua práxis, o que vem configurar uma concepção dialética na forma de

compreender e abordar o grupo focal (KIND, 2004), o que se aproxima dos pressupostos teóricos dessa pesquisa.

Para condução do grupo focal, utilizamos um roteiro (APÊNDICE C), tomando como base o *fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde*, elaborado por Merhy (2007), que nos traz “processos-chave” que caracterizam o trabalho em saúde, representados no diagrama apontado na Figura 3 (MERHY, 2007, p.74). No diagrama a seguir, o fluxograma é representado “com a perspectiva de ‘desenhar’ um certo modo de organização de um conjunto de processos de trabalhos que se vinculam entre si, em torno de uma certa cadeia de produção” (MERHY, 2007, p.74).

Fonte: Merhy (2007)

Figura 3- Fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde

Dessa forma, para fins operatórios deste trabalho, nos esforçaremos para traduzir como o fluxograma nos orientou durante o procedimento de coleta de dados desta fase de investigação. A seguir, descrevemos sinteticamente o que se buscou investigar sobre cada etapa do processo de trabalho em um serviço de saúde.

Na **entrada** (elipse), importa como as pessoas entram no serviço, identificando quem chega, quando e como chega, de quais áreas, pelo que procuram. A seguir acontece a **recepção** (retângulo), momento em que ocorre o contato dos que entraram no serviço com algum membro da equipe, podendo ser esse um enfermeiro, médico, auxiliar administrativo ou mesmo o porteiro ou auxiliar de limpeza. Esse encontro e todos os processos desencadeados a partir dele são permeados por espaços intercessores, cujas tecnologias de acolhimento, escuta e vínculo são determinantes para o desenrolar do processo. Na recepção, o usuário é ouvido sobre seus problemas e necessidades, sendo avaliado pelo trabalhador que irá tomar uma decisão. Em seguida haverá, então, a **decisão de oferta** (losango), quando o trabalhador irá encaminhar o usuário para intervenção no próprio serviço, para outro serviço ou simplesmente negar-lhe qualquer atendimento. Na próxima “etapa”, temos o **cardápio de**

ações (retângulo), que representa o conjunto de saberes e práticas que serão utilizados para resolver os problemas e as necessidades de saúde da comunidade e que refletem os critérios do modelo de atenção existentes no serviço observado. Esse cardápio poderá ser composto por: consultas, procedimentos de enfermagem, ações educativas, escuta etc. Enfim, após a intervenção, acontece a **saída** (elipse) do usuário, quando, ao identificar a maneira que ele se despede, é possível analisar a adequabilidade e resolubilidade do processo como um todo.

Apropriando-se do fluxograma como fio condutor do GF, direcionamos as perguntas para a equipe buscando alcançar a descrição e discussão desses “retratos” presentes no processo de trabalho cotidiano dos trabalhadores da ESF. Ressaltamos que a utilização do fluxograma mostrou-se bastante efetiva na condução dos GFs, constituindo em aliado fundamental na captura dos dados relativos à configuração e potencialidade do processo de trabalho no contexto da AB.

4.2.5 Análise do material empírico

Utilizamos como técnica de análise do material oriundo dos grupos focais a Análise Temática. Segundo Minayo (2008a), a análise temática é um tipo de análise de conteúdo mais comumente utilizado nas pesquisas qualitativas em saúde e com delimitação formal e sistematizada.

A análise temática consiste na descoberta de temas significantes para o objeto de estudo, que emergem do material analisado. Tais temas são representados por palavras ou frases e carregam uma significação complexa de relações com o corpo teórico que se tem como referência, oferecendo elementos para a compreensão de significados do material que se analisa (MINAYO, 2008a).

No estudo ora apresentado, a opção pela análise temática se deu pela nossa maior familiaridade e apropriação pela técnica, e também pela possibilidade que nos oferece de analisar o material empírico da pesquisa, buscando os significados das dimensões do trabalho em saúde, tomando como referencial de análise a categoria analítica “trabalho”. Ou seja, o material empírico de natureza qualitativa foi avaliado e interpretado a partir da perspectiva dos conceitos e fenômenos relacionados ao trabalho em saúde, buscando-se, nas comunicações analisadas, os temas relevantes para a elucidação do objeto desta pesquisa – potencial criador e transformador do trabalho em saúde para (re)configuração de modelos de atenção.

Operacionalmente, seguimos as etapas propostas por Minayo (2008a) de: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados obtidos e interpretação.

Na etapa de pré-análise, reunimos todo o material qualitativo produzido, relativo às transcrições dos grupos, buscando nos apropriar e nos familiarizar com o conjunto de comunicações. Para isso, realizamos *leitura flutuante* do material, detalhada e repetitiva, de maneira que o referencial teórico, as hipóteses anteriores e as novas hipóteses emergentes das comunicações passassem a fazer sentido, estabelecendo relações.

A partir daí, foi possível a *constituição do corpus*, ou seja, a definição do conjunto do material a ser estudado que contemplasse as normas de validade qualitativa: exaustibilidade, representatividade, homogeneidade e pertinência, de maneira a se certificar que o material era representativo para responder o problema de pesquisa levantado, adequado para testar e gerar hipóteses, pertinente e suficiente para responder aos objetivos do estudo.

Com o universo das comunicações definido e validado, realizamos a *formulação e reformulação de hipóteses e objetivos*, que se consistiu em nova exploração do material, tendo em vista as questões norteadoras da pesquisa, com abertura para novas hipóteses que possam emergir das comunicações. Nesse momento, no processo de exploração do material, destacamos as unidades de registro, referentes às falas, ações, gestos ou outros elementos observados do trabalho em saúde, estabelecendo unidades de contexto, para compreensão e significação das unidades de registro. Produzimos, então, uma síntese para cada entrevista transcrita, originando 13 sínteses, as quais foram confrontadas, originando uma grande síntese matriz do material analisado.

Na etapa de exploração do material, iniciamos o processo de categorização do texto (síntese matriz), que consiste na sua redução a partir de palavras e expressões significativas. Nesse momento, apropriando-se das unidades de registro e de contexto, e amparados pelo referencial teórico de processo de trabalho e trabalho em saúde, nos aproximamos da especificação dos temas e núcleos de sentido contidos nas comunicações. Nessa etapa, construímos um mapa mental para organização e representação das informações e seu tratamento, utilizando o programa FreeMind⁹, que ofereceu maior dinamismo e facilidade para construção e reconstrução de núcleos de sentido e temas. A Figura 4 representa o mapa temático inicialmente construído.

⁹FreeMind é um programa gratuito disponibilizado pela rede pública de informação digital, que viabiliza a construção de mapas mentais, por meio de diagramas que representam graficamente como ideias podem ser organizadas e analisadas. Para maiores informações, consultar o sítio <http://freemind.softonic.com.br/>

Figura 4- Mapa Temático construído com o programa FreeMind

Esse percurso nos conduziu para a finalização do tratamento dos resultados obtidos e interpretação, quando pudemos reconfigurar os temas e realizar a interpretação das informações produzidas, de maneira que a análise dos temas, à luz dos referenciais teóricos pertinentes, permitiram a construção de hipóteses explicativas para o referido objeto de estudo (MINAYO, 2008a).

No desenvolvimento da análise, os dados oriundos de ambas as fases foram confrontados, ou seja, buscamos realizar a triangulação das informações obtidas, cotejando esse conjunto com os debates teóricos recentes da Saúde Coletiva no Brasil, e com o referencial teórico adotado. Nesse movimento, lançamos mão de princípios da hermenêutica e da dialética para desenho e discussão da análise dos resultados.

A seguir, pontuamos alguns princípios oriundos dessas disciplinas e que embasaram nosso olhar para o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação (MINAYO, 2008b).

- O exercício da compreensão deve ser realizado levando sempre em consideração que cada individualidade é a manifestação de uma totalidade, de maneira que a compreensão de determinado texto/sujeito/objeto requer necessariamente a leitura de um contexto que emprestará a esse um caráter provisório e relativo. Isso significa que a compreensão de um texto não se esgota no que ele objetivamente quis dizer com a linguagem – é necessário visualizar o contexto, as nuances e as questões que o próprio

sujeito desconhece num movimento circular e espiral de ir da parte para o todo e vice-versa.

- O compreender, portanto, é complexo e dinâmico como a própria natureza do sujeito cercado e penetrado por todos os lados pela realidade histórica que se transforma a todo o momento, não de maneira arbitrária, mas tomando como base os acontecimentos precedentes. Nessa configuração, cabe a ideia de liberdade e necessidade que se expressa através da força que o indivíduo possui de objetificação da liberdade que é condicionada pela necessidade (situação posta, contexto apresentado).
- Cada ser/objeto/ideia é um processo, um tornar-se. O olhar para a objetificação capta apenas a síntese momentânea desse processo, contendo em si o passado e o presente e a potência do futuro. Assim, entender o dinamismo contido no objeto permite conhecer suas fragilidades e potencialidades para transformação.
- A compreensão de um texto/sujeito só é possível pelo estranhamento e pela crítica, colocando à tona suas contradições e desigualdades internas. Esse movimento dialético de afirmação e negação reflete a historicidade do ser e sua conformação com o contexto sociopolítico. Ao mesmo tempo, permite, no confronto de ideias, mudar mentes e oferecer caminhos de mudança dessa realidade que está em permanente transformação.

RESULTADOS DA PRIMEIRA FASE

5 A SITUAÇÃO DE SAÚDE DE MACEIÓ NO CONTEXTO REGIONAL E NACIONAL

Para contextualização do cenário do estudo e reconhecimento das necessidades de saúde da população encontrada pelos trabalhadores da ESF, apresentamos neste capítulo um consolidado da situação de saúde de Maceió, Alagoas.

Consideramos que no movimento de aproximação com o cotidiano das práticas de trabalhadores da ESF no município de Maceió, tendo em vista seu potencial para (re)configuração do modelo de atenção, precisaríamos, necessariamente, mapear o contexto sócio-sanitário dessa capital nordestina. Salientamos que tal contexto, embora seja um recorte da realidade vivida por trabalhadores e usuários do setor público de saúde, em Maceió, guarda aspectos históricos, políticos e sociais, dialeticamente estruturantes do trabalho e do trabalho em saúde nas sociedades contemporâneas.

Na primeira década do século XX, recém-concluída, a nação brasileira passou por transformações que significaram avanços importantes para a saúde e qualidade de vida de sua população, embora ainda conviva com diversas iniquidades de saúde. Se percorrermos, brevemente, os principais marcos históricos desse período, citaremos necessariamente o contexto da reversão política e econômica presente no país, com ações governamentais que, ainda alinhadas a uma postura econômica liberal, foram marcadas pelo maior investimento nos setores sociais, mediante uma política de fortalecimento estatal e caráter desenvolvimentista (FREITAS, 2007).

Essa conjuntura, aliada ao panorama internacional, desenhou um cenário para o Brasil de forte crescimento econômico, aumento dos empregos formais e da renda, redução da pobreza, crescimento do setor educacional (principalmente do ensino superior). Evidentemente, a melhoria desses indicadores socioeconômicos refletiu em mudanças positivas também nos indicadores de saúde, como a redução da mortalidade infantil, aumento da expectativa de vida e diminuição da mortalidade por doenças infecciosas (FREITAS, 2007).

Sem dúvida, a situação de saúde brasileira avançou nesses aspectos, entretanto, está longe de alcançar os níveis de uma sociedade justa e igualitária, pois o fosso da desigualdade econômica e social permanece excluindo, vitimando e matando parte da população. Essa situação é claramente percebida observando os indicadores de concentração de renda, violência, doenças da pobreza, entre outros (CAMPOS, 2007). Assim, é perceptível o avanço

em diversos indicadores, como na cobertura vacinal infantil, acompanhamento pré-natal de gestantes, acompanhamento de pessoas portadoras de doenças crônicas e infecciosas, dentre outros, impulsionados pela ampliação de políticas e programas do SUS, como a Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006c, 2011b; MENDES, 2006). A maioria dos indicadores, contudo, continua apontando uma situação de saúde desigual, injusta, de favorecimento das elites poderosas econômica e politicamente.

Nesse sentido, autores como Campos (2007), Coelho (2007), Fleury (2007) e Parche (2007), embora tracem olhares diferentes sobre o caminhar do SUS na contemporaneidade, são unânimes em afirmar que estratégias de sustentabilidade do sistema são necessárias para reversão do modelo de atenção. Para os autores, a crise do SUS é marcada por financiamento insuficiente, regionalização e integração dos serviços ineficaz, e baixa efetividade de hospitais e serviços especializados. Nessa conjuntura, apontam a necessidade de mudanças na gestão de recursos e serviços, com aperfeiçoamento de mecanismos de cogestão, que implicaria na negociação e pactuação, com autonomia e responsabilidade de gestores e trabalhadores, e na potencialização da atenção básica de qualidade (não apenas ampliação), como rede capaz de alavancar os processos de regionalização.

Embora a saúde pública brasileira regozije-se com mais de duas décadas de existência do SUS, marcadas por muitas lutas e conquistas, é inegável que enfrenta diversos desafios para o seu fortalecimento (BRASIL, 2006a; CAMPOS, 2007). Um deles, relacionado à profunda desigualdade social e econômica, diz respeito às disparidades regionais em um país de dimensões continentais e de pluralidade cultural, racial e religiosa, observada nitidamente na saúde, quando indicadores básicos são comparados. A título de exemplo, podemos citar (dentre muitos outros), que o Nordeste brasileiro padece dos piores indicadores regionais relacionados à pobreza, analfabetismo, mortalidade por causas externas, mortalidade infantil, doenças infecciosas (BRASIL, 2006c, 2011a). Nessa Região desfavorecida, Alagoas, Estado em esta pesquisa se desenvolve, é a unidade da federação que ultrapassa em grau de gravidade os demais Estados nordestinos em todos os indicadores citados anteriormente.

Essa situação se agrava, quando observamos que o Brasil e, por consequência, Alagoas e sua capital, seguem uma tendência mundial observada nas últimas décadas: as chamadas transições demográfica e epidemiológica. A primeira é caracterizada por diminuição das taxas de fecundidade e natalidade, aumento progressivo da expectativa de vida e da proporção de idosos em relação aos demais grupos etários. Já a transição epidemiológica redonda em novo perfil de morbimortalidade, condicionado à diversidade regional quanto às características socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde, originando o “modelo

polarizado de transição”, que apresenta, para distintas regiões, o crescimento da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, concomitante à alta incidência de doenças infecciosas (MALTA et al., 2006).

Nesse contexto, o Brasil apresenta a contradição de conviver com agravos predominantes em países desenvolvidos (doenças não infecciosas) e outros próprios de países subdesenvolvidos (doenças infecciosas e parasitárias) (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005).

As desigualdades socioeconômicas, a concomitância das transições demográfica e epidemiológica e impasses que a própria organização e gestão dos serviços e do sistema de saúde têm imposto, constantemente, novos desafios, não só para os gestores da saúde, como também para outros setores governamentais, cujas ações repercutem na configuração desse quadro (CAMPOS, 2007). O desafio do financiamento é um deles. Doenças crônicas custam caro para o SUS e se não prevenidas e gerenciadas adequadamente demandam assistência médica de custos sempre crescentes, em razão da permanente e necessária incorporação tecnológica (MALTA et al., 2006; SCHRAMM et al., 2004).

No sentido de enfrentar esses desafios, o Pacto pela Saúde foi editado nacionalmente em 2006, regulamentado pela Portaria 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, e voltou-se para as necessidades territoriais dos diferentes entes federados, buscando superar as desigualdades regionais da saúde brasileira e racionalizar, de maneira equânime, os recursos da saúde, mediante uma política mais flexível de gestão em saúde, superando o detalhamento técnico e burocrático excessivo, que marcou até então a política de gestão e financiamento do sistema. O Pacto pela Saúde foi então assumido pelos gestores do SUS, implicando no exercício de definição de prioridades pactuadas anualmente, relacionadas simultaneamente aos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006a). Para seu funcionamento, tem contado diretamente com a epidemiologia como instrumento de planejamento, controle e avaliação da situação e dos serviços de saúde.

Assim, considerando a importância dos indicadores sociais e epidemiológicos para a gestão e tomada de decisão em saúde, no contexto de funcionamento do Pacto, no plano macropolítico, e também no contexto do trabalho em saúde, no plano micropolítico, apresentaremos a seguir a caracterização da situação de saúde da população de Maceió, Alagoas, Brasil, segundo indicadores socioeconômicos, de morbimortalidade e de acesso a serviços de saúde. Nesse processo, buscamos, mediante a comparação de indicadores municipais, estaduais, regionais e nacionais, apresentar a situação de saúde dessa população, no

sentido de apontar, ainda que em caráter preliminar, parte do contexto e desafios atuais da realidade de saúde vivenciada por trabalhadores e usuários do SUS em Maceió.

5.1 Indicadores sociodemográficos

Os dados apresentados nas Tabelas 1 e 2 indicam que Maceió vivencia o fenômeno da transição demográfica, apresentando diminuição das taxas de crescimento, alavancada pelo aumento da expectativa de vida ao nascer e pela queda da natalidade. O município possui 924.143 habitantes, apresentando queda na taxa de crescimento de 2,7% para o período 1991 a 2000 (MACEIÓ, 2009) para 1,77% para o período de 2001 a 2008 (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (RIPSA), 2009), indicando decréscimo de, aproximadamente, 34%.

Tabela 1- Indicadores demográficos selecionados de natalidade, expectativa de vida ao nascer, mortalidade geral e infantil. Maceió, 1999/2008.

INDICADORES	1999	2008	Δ (%)
Taxa de natalidade geral ($^0/_{00}$)	23,3	17,2	- 26,18
Expectativa de vida ao nascer	71,0	71,4	+ 0,56
Expectativa de vida ao nascer (masc.)	66,9	65,5	- 2,09
Expectativa de vida ao nascer (fem.)	71,5	75,2	+ 5,17
Coeficiente de mortalidade geral ($^0/_{00}$)	5,6	5,7	----
Mortalidade infantil proporcional (%)	11,2	5,7	- 49,10
Mortalidade proporcional (%)	60,2	60,3	----
Coeficiente de mortalidade infantil ($^0/_{00}$)	26,7	19,1	- 28, 46
Coeficiente de mortalidade neonatal ($^0/_{00}$)	18,4	14,0	- 23,91
Coeficiente de mortalidade neonatal precoce ($^0/_{00}$)	14,6	10,0	- 31, 50
Coeficiente de mortalidade neonatal tardia ($^0/_{00}$)	3,7	4,0	+ 8,01

Fonte: Perfil Epidemiológico de Maceió – Alagoas (MACEIÓ, 2009).

A principal razão para a diminuição da taxa de crescimento encontra-se na redução da natalidade no município, de 23,3 nascidos vivos (NV) por mil habitantes (1999) para 17,2 (2008) (Tabela 1), representando diminuição de 26,18% da taxa de natalidade em uma década. A tendência de envelhecimento, considerando-se a expectativa de vida geral, é sutil (71 em 1999 para 71,4 em 2008) (MACEIÓ, 2009), entretanto, ao se comparar a expectativa de vida masculina e feminina, observa-se que os homens tiveram redução de 2,09% dos anos vividos (1999-2008), enquanto as mulheres tiveram aumento da expectativa na ordem de

5,15%, no mesmo período, conforme observado na Tabela 1. Essa tendência pode ser explicada pela exacerbação da violência no Estado e na capital, evidenciada pelas altas taxas de mortalidade por causas externas, principalmente homicídios (MACEIÓ, 2006, 2010).

Assim, embora as taxas de fecundidade e natalidade estejam em declínio, o mesmo não acontece com as taxas de mortalidade geral. Dessa maneira, a pirâmide etária (Figura 5) apresenta nítido estreitamento de sua base (em 2008) e abaulamento em seu ápice. Ou seja, a proporção de idosos ainda não apresentou significativo aumento, o que é evidenciado pela proporção desse grupo na população, 7%, inferior à média nacional (9,9%) (RIPSA, 2009).

Fonte: Perfil Epidemiológico de Maceió (MACEIÓ, 2009).

Figura 5 - Pirâmides populacionais de Maceió, AL, 1999/2008

A análise dos indicadores apresentados na Tabela 2 mostra o profundo fosso social e econômico da população do Estado e da capital de Alagoas, refletido na altíssima concentração de renda, evidenciada pela Razão de Renda de 23,13. Ou seja, em Alagoas, os mais ricos detêm 23,13 vezes maior renda que os mais pobres. A situação de pobreza e miséria exacerbada pode ser visualizada na proporção da população com rendas domiciliares *per capita* inferiores a meio ou um quarto de salário-mínimo, o que corresponde a 90,38% da população.

Os dados demonstram que tal situação de miséria e desigualdade está associada à baixa escolaridade de sua população, evidenciada pelos indicadores relacionados ao nível de escolaridade e analfabetismo. Esse último atingindo um quarto (25,74%) da população

alagoana acima de 15 anos. Outro indicador relevante é a média de anos de estudo da população de 25 anos ou mais de idade, registrada em 5 anos para Alagoas, inferior à média nacional.

Tabela 2 - Indicadores demográficos e socioeconômicos selecionados. Maceió, Alagoas e Brasil, 2008

INDICADORES	MACEIÓ	ALAGOAS	BRASIL
População total	924.143	3.127.557	189.612.814
Grau de urbanização (%)	99,93	75,0	85,0
Taxa de crescimento anual da população (2001-2008) (%)	1,77	1,3	1,37
Proporção de idosos (%)	7,0	7,8	9,9
Índice de envelhecimento* (%)	24,3	23,8	37,9
Taxa de analfabetismo (%) (>15 anos)	16,9%	25,74	9,96
Média de anos de estudo da população de 25 anos ou mais de idade	-----	5,0	7,0
PIB <i>per capita</i> (reais)	7.553,48	5.767,49	14.056,27
Renda média domiciliar <i>per capita</i> (reais)	-----	318,03	580,19
Razão de renda**	-----	23,13	16,12
Proporção da população com renda domiciliar <i>per capita</i> < ½ SM	-----	59,48	30,58
Proporção da população com renda domiciliar <i>per capita</i> < ¼ SM	-----	30,90	11,33
Taxa de desemprego (%)	-----	6,93	7,14
Taxa de trabalho infantil (% crianças 10-14 anos trabalhando)	-----	13,32	9,56

* Índice de envelhecimento: número de pessoas de 60 ou mais anos de idade, para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade.

**Razão de renda: número de vezes que a renda do quinto superior da distribuição de renda (20% mais rico) é maior do que a renda do quinto mais pobre (RIPSA, 2009).

Fontes: Indicadores e Dados Básicos de Saúde (RIPSA, 2009); Perfil Epidemiológico de Maceió (MACEIÓ, 2009); Plano Municipal de Saúde 2010-2013 (MACEIÓ, 2010); Censo Demográfico Brasileiro.

O quadro encontrado para Maceió difere da observada para o Estado, embora esse também apresente aspectos socioeconômicos preocupantes, associados à acelerada urbanização (MACEIÓ, 2010). A capital, que abriga quase um terço da população de todo o Estado, apresenta a maior taxa de urbanização (99,93%) de Alagoas, alavancada pela intensa migração de pessoas do interior para a capital. O movimento migratório é impulsionado pela maior concentração de renda em Maceió, que acumula 43,26% do Produto Interno Bruto (PIB) estadual (MACEIÓ, 2010).

Entretanto, embora concentre a riqueza do Estado, o município possui renda *per capita* anual de apenas R\$7.553,48, representando pouco mais da metade da média nacional, conforme pode ser observado na Tabela 2. Esse dado, aliado à altíssima razão de renda do Estado, configura, também para a capital, um quadro de profunda exclusão social.

Nesse cenário, a cidade cresce desordenada e desigualmente, com aumento dos aglomerados urbanos em favelas, encostas e “grotas”. Evidentemente, os bairros nessas condições possuem infraestrutura deficiente de saneamento básico. Segundo o Plano

Municipal de Saúde 2010-2013 (MACEIÓ, 2010), apenas 30% da população tem acesso ao serviço de esgotamento sanitário e 84% é servida com sistema de abastecimento de água convencional.

Em relação à educação, Maceió possui taxa inferior de analfabetismo (16,9%), quando comparada ao Estado (25,74%), embora esteja significativamente acima da média nacional que apresenta percentual de 9,96%. A esse quadro da educação em Maceió soma-se a questão do desemprego. Embora não tenha sido possível identificar a taxa de desemprego para o município, e observando que a taxa de desemprego estadual esteja próxima à média nacional, podemos afirmar que parte significativa da população ocupa o mercado informal de turismo e comércio, reforçando a situação de exclusão e vulnerabilidade dos indivíduos. É importante destacar que, neste quadro de pobreza, a participação do governo federal com programas sociais de distribuição de renda, como o Programa Bolsa Família, aliado aos recursos provenientes de aposentadorias, representa aproximadamente 60% da renda de mais de dois terços da população (MACEIÓ, 2010).

Essa conjuntura se reflete em violência para o município, apontado pelo documento *Mapa da Violência 2010: Anatomia dos Homicídios no Brasil* como a capital brasileira com a maior taxa de homicídios (97⁰/₀₀₀), sendo Alagoas o Estado a liderar a lista de unidades da federação com maior crescimento dessas taxas entre 1997-2007 (59,6%), repercutindo negativamente sobre a saúde e qualidade de vida da população (WASELFISZ, 2010).

5.2 Indicadores de morbimortalidade

Em relação ao quadro de morbimortalidade, Maceió acompanha as transformações brasileiras relacionadas ao perfil epidemiológico, configurando situação complexa de transição epidemiológica. A transição é um processo multifacetado, determinado por múltiplos fatores econômicos, sociais, políticos e econômicos, condicionando-nos a uma “transição incompleta” (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2003; BATISTELLA, 2007; CARMO; BARRETO; SILVA JÚNIOR, 2003).

Dessa maneira, Maceió talvez seja, pela conjuntura social e econômica que está exposta, a capital na qual mais se evidencia o quadro de simultaneidade da existência de agravos resultantes da miséria e escassez de recursos, com agravos próprios da modernidade e globalização da sociedade.

Analisando os indicadores de morbimortalidade da capital, nota-se a alta incidência de doenças infecciosas (Tabela 3), destacando-se a incidência de Aids no contexto regional, dengue e tuberculose no contexto regional e nacional. Outras doenças, controladas ou mesmo eliminadas em outros estados/capitais, possuem quadro de endemicidade significativo em Maceió, como coqueluche, febre tifoide e leptospirose.

Tabela 3- Incidência de doenças infecciosas. Maceió, 2008

DOENÇAS	MACEIÓ	ALAGOAS	NORDESTE	BRASIL
Aids (⁰ /0000)	17,4	11,7	11,32	18,18
Dengue (⁰ /0000)	448,6	418,38	338,75	293,35
Febre tifoide (⁰ /0000)	1,7			
Hepatite viral (⁰ /0000)	29,6			
Leptospirose (⁰ /0000)	5,7			
Meningite (⁰ /0000)	6			
Hanseníase (⁰ /0000)	18,6	13,08	31,29	21,53
Tuberculose (⁰ /0000)	72,7	37,47	37,98	37,48
Coqueluche (número absoluto de casos)	4,0	30	207	1375
Sífilis congênita (número absoluto de casos)	89	185	1.798	5.281

Fontes: Perfil Epidemiológico de Maceió (MACEIÓ, 2009); Indicadores e Dados Básicos de Saúde (Ripsa, 2009).

As taxas de incidência da tuberculose vêm aumentando desde 2000, registrando, em 2008, 72,7⁰/00000, taxa quase 100% maior que a nacional. Chama a atenção o número de casos de coqueluche e sífilis congênita, agravos cuja ocorrência está de certa forma ligada à ausência ou dificuldade de acesso a serviços de saúde, como vacinação e pré-natal.

Em relação às doenças crônico-degenerativas, o município também apresenta taxas expressivas, conforme se observa na Tabela 4, mantendo-se ligeiramente abaixo das médias nacionais.

Tabela 4 - Prevalência de hipertensão arterial e diabetes melito. Maceió, 2008

DOENÇAS (%)	MACEIÓ	NORDESTE	BRASIL
Taxa de hipertensão arterial	21,8	22,3	23,9
Taxa de <i>Diabetes Mellitus</i>	9,3	9,50	9,7

Fonte: Indicadores e Dados Básicos de Saúde (Ripsa, 2009).

Cabe ressaltar, entretanto, que dados da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió (SMS) apontam o crescimento desses indicadores nos últimos anos, e ainda, que a baixa cobertura da ESF no município pode estar dificultando a detecção dos casos, visto que o

Sistema de Acompanhamento e Cadastramento de Hipertensos e Diabéticos funciona articulado aos serviços da AB, e especificamente aos serviços da ESF.

Além disto, ao observamos a proporção de internações por grupos de causa, notamos que as taxas de internação, relacionadas às doenças cardiocirculatórias, em Maceió, estão significativamente abaixo da média nacional (Tabela 5). Esse dado, atrelado à baixa cobertura populacional pela AB, indicam a dificuldade do acesso e consequente deficiência na detecção precoce dos casos.

Tabela 5 - Proporção de internações no SUS por grupos de causas. Maceió, Alagoas, Nordeste, Brasil, 2008

GRUPOS DE CAUSA	MACEIÓ (%)	ALAGOAS (%)	NORDESTE (%)	BRASIL (%)
Doenças infecciosas e parasitárias	9,86	13,01	13,33	9,11
Neoplasias	5,09	4,01	4,38	5,08
Transtornos mentais e comportamentais	7,96	3,60	2,15	2,83
Doenças do aparelho circulatório	4,64	6,44	7,78	10,21
Doenças do aparelho respiratório	14,04	12,83	12,66	12,91
Doenças do aparelho digestivo	5,63	7,34	8,59	8,95
Doenças do aparelho geniturinário	4,61	6,49	6,63	6,56
Gravidez, parto e puerpério	32,92	31,13	26,47	21,89
Causas externas	4,01	4,50	5,65	7,16

Fonte: Indicadores e Dados Básicos de Saúde (Ripsa, 2009).

Por outro lado, observamos taxa expressiva de internações por transtornos mentais e comportamentais que sugerem relação com as condições de violência que a população está submetida, anteriormente descritas, bem como com a existência de apenas um Centros de Atenção Psicossocial (Caps) para atenção ambulatorial das pessoas portadoras de transtornos mentais, em Maceió.

Em relação aos indicadores de mortalidade, observamos, na Tabela 6, que as taxas de doenças infecciosas e parasitárias e afecções originárias do período perinatal encontram-se em proporções acima das médias nacionais, apontando mais uma vez a situação de vulnerabilidade social dessa população, visto que esses indicadores deflagram o nível de desenvolvimento humano de uma população.

Tabela 6 - Mortalidade Proporcional por grupos de causa. Maceió, Alagoas, Nordeste, Brasil, 2007

GRUPOS DE CAUSA	MACEIÓ	ALAGOAS	NORDESTE	BRASIL
	(%)	(%)	(%)	(%)
Doenças infecciosas e parasitárias	5,5	5,8	5,0	4,8
Neoplasias	11,8	10	13,8	16,7
Doenças do aparelho circulatório	28,2	31,2	32,6	31,9
Doenças do aparelho respiratório	9,0	8,5	8,6	10,8
Afecções originadas no período perinatal	3,7	4,7	4,1	2,8
Causas externas	20,8	19,3	15,1	13,5
Demais causas definidas	21	20,4	20,7	19,6
TOTAL	100	100	100	100

Fonte: Indicadores e Dados Básicos de Saúde (Ripsa, 2009).

Outro indicador de mortalidade que merece destaque diz respeito à proporção de mortes por causas externas, que corresponde a 20,8% do total de óbitos registrados na capital, coincidindo com os dados de Waiselfisz (2010), que colocaram Maceió como a capital mais violenta do Brasil. O indicador é confirmado na Figura 6, que demonstra a incidência por causa de óbito referente aos Distritos Sanitários (DS) de Maceió, em 2008, demonstrando que, exceto para o DS 1, a maior incidência de óbitos registrados, para todos os demais DS, é a de homicídios.

Fonte: Perfil Epidemiológico de Maceió (MACEIÓ, 2009).

Figura 6- Incidência de óbitos por causas selecionadas ($^0/_{0000}$), por Distrito Sanitário. Maceió, 2008

5.3 Acesso e organização dos serviços de saúde

Para enfrentar essa situação de adoecimento e morte, segundo informações constantes no Plano Municipal de Saúde 2010-2013, Maceió possui uma rede de serviços públicos de saúde composta por 68 Unidades de Saúde municipais, das quais 35 são Unidades Saúde da Família (USF), 15 Unidades Básicas Tradicionais, 9 Unidades Intermediárias e 9 Unidades Especializadas (5 Caps), 2 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), 1 Unidade Especializada Intermunicipal e 1 Casa Maternal.

A Rede Complementar de serviços do município é composta por unidades ambulatoriais e hospitalares, em sua maioria do setor privado (81 estabelecimentos de saúde), 2 federais (Hospital Geral do Estado e Hospital Universitário da Ufal), 11 filantrópicas e 6 por administração direta de outros órgãos. Vale ressaltar que a rede de serviços complementares atende, além da demanda populacional municipal, a população referenciada de outros municípios do Estado de Alagoas (MACEIÓ, 2010). Embora o número de unidades privadas de saúde ultrapasse o número de unidades públicas, segundo dados da Ripsa (2009), 90,02% da população de Maceió é considerada SUS-dependente.

A precariedade e insuficiência dos serviços podem ser observadas no número reduzido de leitos hospitalares públicos por 100 mil habitantes, registrados em 0,86 para o ano de 2005, segundo dados apresentados na Tabela 7, e na baixa cobertura da ESF, que atendia em 2010, segundo relatórios do Siab, 27% da população (MACEIÓ, 2009).

A insuficiente cobertura da ESF, associada à precariedade da infraestrutura e provisão de insumos e equipamentos das USFs, limita o acesso e a resolubilidade das ações básicas de saúde. Essa situação explica, em parte, a expressiva parcela de gestantes com nenhuma consulta de pré-natal (3,22%), taxa 27% superior à média regional (Nordeste) e 40% superior à média nacional, e a baixa cobertura vacinal para a maioria das vacinas, conforme expresso na Tabela 7.

Tabela 7- Indicadores de acesso a serviços de saúde, Maceió, Alagoas, Nordeste e Brasil em 2005/2007/2008

	MACEIÓ	ALAGOAS	NORDESTE	BRASIL
Número de leitos hospitalares por 100 mil habitantes (2005)				
Público	0,86	0,71	1,03	0,81
Privado	2,51	1,27	1,24	1,60
Cobertura de consultas de pré-natal (%) (2007)				
Nenhuma consulta	3,22	3,29	2,35	1,95
De 1 a 3 consultas	8,63	10,32	11,18	8,09
De 4 a 6 consultas	23,75	43,28	45,89	33,34
7 consultas e mais	64,39	43,12	40,58	56,62
Cobertura vacinal em crianças na idade alvo para vacinas específicas (%) (2008)				
Tetralente	64,94	91,00	101,79	98,21
Poliomielite	62,63	90,89	102,35	100,12
BCG	101,51	99,22	110,85	108,36
Hepatite B	63,77	88,87	98,92	96,27
Tríplice viral	72,22	94,00	104,47	101,31

Fonte: Indicadores e Dados Básicos de Saúde (Ripsa, 2009).

5.4 A título de conclusões provisórias

Mesmo considerando que a análise apresentada é parcial, e que há dificuldade de disponibilidade de dados sob a mesma base correspondente ao ano analisado, é possível identificar e atestar a situação de vulnerabilidade e risco social presente no município de Maceió. Os indicadores sociodemográficos mostram que as precárias condições de vida, desencadeadas pela profunda desigualdade social, repercutem negativamente sobre o quadro de morbimortalidade da população e sobre o acesso aos serviços. Tal situação certamente demarca o contexto sociodemográfico e sanitário, que determina e, ao mesmo tempo, é determinado pelas formas específicas de organização do sistema e dos serviços, onde se desenvolve a atenção à saúde.

RESULTADOS DA SEGUNDA FASE

6 CONFIGURAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO: COMO AS PRÁTICAS SE DESENHAM NO COTIDIANO

6.1 Caracterização dos trabalhadores sujeitos da pesquisa

Maceió, como visto, apresenta um quadro socio sanitário de grande vulnerabilidade, sendo o cenário desta investigação e que apresenta, portanto, sujeitos que transitam e atuam nesse contexto. O cenário da pesquisa, como já apontado, contou com trabalhadores de 13 equipes de 8 USFs, num total de 93 sujeitos, pertencentes a distintas categorias profissionais.

Do total de 93 trabalhadores participantes dos Grupos Focais, 75 se disponibilizaram a responder o questionário de identificação e caracterização dos trabalhadores. Após esclarecimento sobre o instrumento, foi dada total liberdade para que os trabalhadores respondessem às questões que desejassem, de maneira que tivemos alguns tópicos que não foram respondidos por todos. Dentre eles, o preenchimento do valor da renda bruta e a indicação de participação em curso de educação permanente no último ano, foram os dois tópicos que apresentaram as maiores taxas de resposta em branco (41,9 e 10,8% respectivamente).

Sobre os dados relativos à **identificação dos respondentes**, tivemos a participação de trabalhadores de 7 USFs, com variação de 7 a 17 respondentes por unidade, a grande maioria do sexo feminino (77%) e com idade acima de 36 anos (72,9%). Um dado que chamou a atenção foi a taxa expressiva de trabalhadores na faixa etária de 47 a 61 anos (32,4%), o que representa um corpo de trabalhadores mais maduro e com maior tempo de serviço (59,5%), que referiram ter ingressado naquele local de trabalho há 10 anos ou mais. Apenas 10,8% dos trabalhadores foram admitidos no serviço nos últimos 4 anos.

Em relação às **informações profissionais**, conforme esperado, o número mais expressivo de respondentes foi o de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (32), seguido dos auxiliares ou técnicos de enfermagem (14), enfermeiras (9), médicos (7), dentistas (6), auxiliar administrativo (3), assistente social (2) e auxiliar de consultório dentário (1). A grande maioria dos profissionais ingressou no serviço por concurso público (93,2%); 95,9% trabalhavam em regime de 40 horas semanais; 4 (4,1%) trabalhadores que cumpriam 30 horas semanais, duas assistentes sociais, uma técnica de enfermagem e um auxiliar administrativo.

Em relação à **escolaridade**, 32% dos trabalhadores são médicos, enfermeiras, dentistas e assistentes sociais, posições ocupadas no interior das equipes, entretanto, 77% dos trabalhadores entrevistados possuíam curso universitário. Chama a atenção esse fato, visto que a maioria daqueles que ocupam funções de ensino médio (como auxiliar de enfermagem e ACS) já cursou uma graduação. Por exemplo, 78,1% dos ACSs declararam como escolaridade “superior completo” e, desses 28% indicou possuir curso de pós-graduação. Pouco mais da metade (54%) dos trabalhadores respondentes declararam ter concluído um curso de pós-graduação e, desses, 52,5% indicaram curso de especialização ou residência em saúde pública ou saúde coletiva ou saúde da família.

Sobre o **rendimento mensal bruto declarado**, observamos desigualdade profunda, com variação de um mil reais (rendimento bruto da auxiliar de consultório dentário) e treze mil reais (rendimento bruto de um médico). As médias salariais em ordem crescente por categoria foram: médico (R\$12.500,00); dentista (R\$6.250,00); enfermeiro (R\$4.814,00); auxiliar ou técnico de enfermagem (R\$2.962,00); agente comunitário de saúde (R\$2.465,00), auxiliar de consultório dentário (R\$1.000,00). O total de assistentes sociais e auxiliares administrativos sujeitos da pesquisa não respondeu o item relativo ao rendimento. Como já mencionado, a taxa de respostas em branco foi bastante expressiva (41,9%) e, dentre as categorias respondentes, a categoria médica foi a com menor número de respostas para esse item (somente 2 médicos declararam seu rendimento bruto).

Com relação à **opinião do trabalhador sobre o serviço**, 74,3% dos trabalhadores indicaram estar parcialmente satisfeitos com seu trabalho contra 24,3% que afirmaram estar satisfeitos, e apenas um respondente indicou resposta negativa. No item relativo à nota atribuída pelo trabalhador sobre a resolutividade do serviço, 82,4% atribuíram nota superior ou igual a 5 e, desses, 65,5% indicaram nota igual ou superior a 7. Embora as respostas indiquem tendência positiva de satisfação e avaliação do trabalho no serviço, o item relativo à adequabilidade do ambiente físico da unidade teve taxa de reprovação de 81%.

Ao final do instrumento de caracterização, os respondentes preencheram um quadro descrevendo até três pontos fortes e até três pontos fracos percebidos no cotidiano da USF. As respostas estão sintetizadas no Quadro 1.

PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Trabalho em equipe, integração, companheirismo e bom relacionamento entre os profissionais ✓ Equipe com compromisso, disposição e solidariedade para enfrentar desafios e solucionar problemas ✓ Bom relacionamento com a comunidade (de confiança e vínculo) ✓ Profissionais competentes, comprometidos e interessados ✓ Atendimento misto (equipe de saúde da família com atendimento de demanda), com variedade de especialidades ✓ Acolhimento e atenção humanizada à população ✓ Qualidade dos serviços ambulatoriais oferecidos (consultas, vacinação, visita domiciliar etc.) ✓ Promoção da saúde, prevenção e controle de doenças ✓ Localização da unidade próxima à comunidade – acesso ✓ Salários 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Falta de apoio da SMS ✓ Condições inadequadas de trabalho (estrutura física, recursos materiais, tecnológicos e humanos, medicamentos etc) ✓ Unidade mista com separação demanda espontânea e demanda da ESF, com a coexistência de vários modelos de assistência ✓ Violência, segurança e desrespeito com os trabalhadores ✓ Localização da unidade com difícil acesso ✓ Resolubilidade (baixa) ✓ Sistema de referência contra referência com dificuldade na marcação das consultas para especialistas. Funcionamento ruim do Centro de Regulação (Cora) ✓ Falta de mobilização/participação da comunidade em busca de seus direitos ✓ Falta de integração da equipe e comunicação efetiva entre os membros ✓ Falta de compromisso de trabalhadores ✓ Qualificação e treinamento (carência) ✓ Demanda grande

Quadro 1- Pontos fortes e fracos do serviço, apontados pelos trabalhadores

Segundo respostas dos trabalhadores, os aspectos mais positivos do cotidiano do trabalho estão relacionados às relações estabelecidas entre os indivíduos, que indicam integração da equipe, bom relacionamento entre os trabalhadores, vínculo e confiança construída com a comunidade e postura humanizada e acolhedora no atendimento. Contraditoriamente, embora com menor frequência e intensidade, houve citações negativas relacionadas à integração da equipe e ao relacionamento com a comunidade, marcado pela violência e desrespeito com os funcionários. Entretanto, os relatos negativos se concentraram em apenas uma unidade, enquanto que a sinalização positiva das relações estabelecidas entre trabalhadores e desses com a comunidade foi frequente em todas as unidades pesquisadas. Ou seja, observamos que existe valorização evidente do trabalho colaborativo em equipe, produzindo atenção humanizada e acolhedora aos usuários.

Características relacionadas ao desempenho do serviço citadas positivamente foram as relativas à competência profissional, qualidade diferenciada dos serviços ambulatoriais oferecidos, existência de especialidades médicas nas unidades com atendimento misto e a oferta de ações de promoção à saúde. A coexistência do que os trabalhadores chamam de “modelos de assistência” nas unidades mistas também apareceu como aspecto negativo do serviço, em geral relacionado às diferenças de atendimento que provocam entre os grupos populacionais dos cadastrados e não cadastrados. Segundo os sujeitos, os aspectos mais negativos do serviço estão relacionados à infraestrutura inadequada e insuficiência de recursos materiais e humanos para atender a alta demanda, além da falta de apoio da gestão municipal. Outra questão bastante evidenciada foi a deficiência e inoperância Complexo de Regulação de Serviços de Saúde (Cora) no acesso aos serviços secundários demandados pela USF, o que diminui a resolutividade. Dessa maneira, as dificuldades físicas da unidade e organizacionais do serviço colocadas ao trabalhador parecem estar conduzindo-o para a percepção de que, se houver o suprimento dessa demanda de especialidades na própria unidade (caso das unidades mistas), parte do problema é resolvido.

6.2 Síntese fluxo do processo de trabalho

Aqui nos propomos uma aproximação ao desenho mais geral do processo de trabalho desenvolvido pelas equipes, com a apresentação dessa configuração a partir da descrição dos trabalhadores e referenciados pelo fluxograma analisador do modelo de atenção proposto por Merhy (2007) e pelas portarias que definem a Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2007, 2011). Conforme mencionado anteriormente, o fluxo do processo de trabalho na AB tem início na entrada, passando pela recepção, decisão de oferta, cardápio e saída¹⁰.

Os grupos focais realizados com as treze equipes de SF sinalizaram que, nas unidades exclusivas da ESF, quem entra no serviço, na sua maioria, são pessoas cadastradas pelas equipes, embora exista pequeno número de pessoas de outras áreas que procuram a USF para receber orientação, utilizar os serviços de vacinação, farmácia e curativo. Já nas unidades mistas existe grande fluxo de procura de pessoas vindas de diversas áreas.

¹⁰Fluxograma analisador do modelo de atenção de serviços de saúde, apresentado no Capítulo 4.

A análise das descrições sobre a entrada dos usuários evidenciou grande diversidade e flexibilidade da equipe para conduzir a entrada dos usuários, que está vinculada à dinâmica de agendamento e marcação de atendimento (consultas médicas, odontológicas e de enfermagem), conforme observado nas falas que são apresentadas a seguir.

J [médico]: como é uma equipe que já tem algum tempo na comunidade, já estamos atuando na comunidade há doze anos, então essa população já sabe que esse serviço existe, e a entrada fica mais ou menos assim: através do agente eles fazem consultas agendadas, mas eles também procuram a unidade por livre demanda, e eles basta ver a chegada de cada um desses, porque eles reconhecem a gente até pelo carro, então basta eles verem a gente chegar na comunidade, que eles procuram. Então, na minha opinião, tem essas duas formas de acontecer a entrada. Eles sabem que tem esse serviço disponível, e que eles podem procurar o agente para agendar (Equipe 12).

R [enfermeira]: [unidade mista] então tem sempre aquele cadastro né, porque nós trabalhamos com famílias cadastradas, e a maioria da população é cadastrada pelo PSF, aí quando tem uma família nova, os agentes ficam sabendo, até porque algumas pessoas que trabalham aqui no posto moram aqui no bairro também, então já avisam a gente que tem uma pessoa nova, aí os agentes vão na casa, né, cadastram, e depois desse cadastro já agendam alguma consulta ou pra enfermeira, ou pra dentista, já dá o cartãozinho de cadastro, com o número de famílias e tudo, então, se bem que a gente também tem um atendimento de demanda espontânea, né, com a doutora L, que é obstetra né, e ginecologista, aí vem muita gente também de áreas adjacentes, né (Equipe 4).

L [ACS]: se for gestante, a enfermeira agenda. Nós fazemos a busca ativa, por exemplo, nós não vamos saber se daqui a um mês alguém cadastrado tá gestante. Então fazemos a busca ativa com a visita domiciliar, todo mês nós passamos nas casas procurando saber se tem alguém gestante. Para saber se tem algum paciente cadastrado alguém gestante, se alguém está com uma patologia, diferenciado. Mas nas consultas a enfermeira já faz o agendamento, a médica também faz (Equipe 8).

S [dentista]: no caso da odontologia, eles chegam até mim diretamente, no caso da marcação com o agente há um tempo assim que eu entrei, mas não deu muito certo porque um agente foi ameaçado. Então agora quem marca na odontologia somos nós mesmos, aí eles vêm até a sala, batem, e dependendo de como for eu marco, se precisar encaminhar pra uma outra especialidade... (Equipe 12).

A entrada sempre é livre, geralmente orientada por um cronograma semanal das consultas médicas e de enfermagem por grupos prioritários de atenção (mulher, criança, hipertenso, diabético e outros), segundo a PNAB (BRASIL, 2007, 2011c), de maneira que cada dia da semana e período do dia é destinado a um grupo específico. A divulgação da agenda para a comunidade cadastrada é realizada pelos ACSs (Agente Comunitário de Saúde), que constituem, segundo os entrevistados, no principal elo da comunidade com o serviço.

Diversas outras maneiras de agendamento, entretanto, são relatadas. Há equipes (em especial as de unidade mista), que o agendamento ocorre no domicílio pelo ACS. Os ACSs relatam também situações em que são necessárias buscas na comunidade para agendamento de casos de faltosos, usuários resistentes etc. Outra forma comum de agendamento relatado pelas equipes é aquele realizado pelo próprio médico ou enfermeira no momento da consulta, de maneira a garantir a continuidade da atenção.

Em geral, o atendimento do dia é feito por ordem de chegada e com uma política de inclusão de quem chega, ou seja, de oferecer algum atendimento e resposta às pessoas que entram no serviço. Para isso, todas as equipes fazem agendamento com margem de 4 a 6 horários vagos por período, já contando com prováveis “encaixes”.

Mesmo com a demanda controlada e o cronograma de atendimento definido e conhecido pela comunidade, em algumas unidades, os usuários costumam chegar algumas horas (2 a 3) antes da abertura da unidade. Os trabalhadores explicam que mesmo sem distribuir fichas, as pessoas da comunidade chegam cedo para serem atendidas antes, visto que o atendimento é por ordem de chegada. Certas equipes contam que já tiveram a experiência de agendar as consultas individualmente (com hora marcada) evitando as filas, mas que as pessoas faltavam e não chegavam no horário agendado, repercutindo em uma avaliação negativa da organização do serviço. Os trabalhadores avaliam que a comunidade carrega, ainda, o costume antigo do modelo assistencial anterior, e que mesmo com o trabalho de informação da comunidade sobre o modelo diferenciado da ESF, que garante atendimento a todos, alguns usuários ainda resistem em continuar com velhos costumes.

Salvo poucas exceções, a marcação de atendimento junto ao setor da odontologia sempre segue dinâmica própria, pela grande demanda por atendimento e baixa disponibilidade de recursos humanos e materiais, o que exige estratégias de atendimento com maior controle e restrição.

Segundo os relatos, uma vez dentro da unidade, os usuários são recepcionados em geral pelo guarda da USF ou auxiliar de limpeza ou pessoal do arquivo (auxiliar administrativo). Os guardas e a auxiliar de limpeza entrevistados relatam que não oferecem informações detalhadas do serviço, indicando os recepcionistas do arquivo como as pessoas mais indicadas para prestarem informações. Ou seja, nesses momentos, é possível perceber a expressão do exercício de autogoverno também desses trabalhadores.

J [auxiliar de limpeza]: quando eles chegam eles perguntam sobre a médica, o horário, perguntam se já chegaram, às vezes quer perguntar pra gente, “aguarde um pouquinho”, aí eu trago um cafezinho pra quem não tá passando muito bem até que chegue a pessoa que ele tava procurando, de vez em quando o povo vem e “aí vim verificar minha pressão”, a gente diz “aguarde um pouquinho, descanse, as meninas já vêm”, a gente corre vai lá, eu acho que o pessoal aqui é bem recepcionado (Equipe 1).

F [auxiliar administrativo]: o usuário ele chega à unidade, nós identificamos se ele realmente já fez o cadastro dele, se ele já está cadastrado, como falou B, ou se ele está no sistema que a V falou, que é o de adaptação na área. Após isso nós identificamos qual a necessidade dele ou dela, se é o pré-natal, se é uma consulta comum, se é uma consulta pra o seu filho, se é uma consulta pra o seu filho adolescente, pra o seu filho menor de 6 anos, ou o seu bebê até dois anos... e a gente identifica e encaminha, marca uma consulta com o seu clínico geral, que nós temos três, de forma diferente, cada um com sua especialidade, ou pra um acompanhamento de pré-natal, ou para o serviço odontológico (Equipe 9).

E [técnico de enfermagem]: a maioria do pessoal da comunidade vem procurar atendimento médico, ou vem pra verificar pressão e orientações sobre... a grande maioria chega com urgência no que quer fazer (...) O primeiro local que ele tem que se dirigir é a recepção. E como diz é a recepção está com o cardápio e vai fazer o que for nele, como remanejar uma pessoa pra uma sala de vacina, pra uma pré-consulta, ou mandar aguardar que o pessoal de enfermagem ou de saúde esteja na unidade (Equipe 2).

I [auxiliar de enfermagem]: olha, em primeiro lugar, quando ele estão muito apressados, é tudo o que é pessoa (risos). Quem ele tiver mais intimidade... por exemplo, se ele encontrar um agente de saúde aqui ele vai explicar a situação. Se ele encontrar a enfermeira... principalmente a assistente social, que eles adoram, e alugam mesmo (Equipe 7).

Como observado, no momento de recepção, ocorre a decisão de oferta, representada no fluxograma de Merhy (2007) pelo losango, quando o trabalhador irá encaminhar o usuário para intervenção no próprio serviço, para outro serviço ou simplesmente negar-lhe qualquer atendimento. Dessa forma, apenas uma parte dos que entraram terão acesso às intervenções tecnológicas em saúde, obtendo a resposta para suas necessidades (MERHY, 2007).

Os relatos indicam claramente que, na maioria das equipes, o principal trabalhador responsável pela recepção é o auxiliar administrativo, seguido do auxiliar ou técnico de enfermagem. Há equipes, especialmente aquelas pertencentes a unidades mistas, em que a comunidade direciona-se a qualquer membro da equipe, a quem encontrar na unidade, situação reprovada pelos trabalhadores que salientam a necessidade de um trabalhador habilitado para a recepção.

Embora o auxiliar administrativo seja o principal elemento a recepcionar os usuários, em todas as equipes o trabalhador responsável por dar uma resposta ao usuário é algum membro da equipe básica de SF, em geral o auxiliar e técnico de enfermagem na sala de pré-consulta.

R [auxiliar de enfermagem]: Depois de agendada a consulta, ele chegando na unidade, ele procura o arquivo, aí lá é tirada a ficha ambulatorial dele, quem tá lá é o arquivista (técnico administrativo), então é tirada a ficha ambulatorial dele, e levada pra gente da enfermagem, e nós fazemos a pré-consulta dele: verificamos a pressão, o peso, a estatura, pacientes com hipertensão e diabetes a gente faz o hiperdia, pra ver se tem alguma deficiência renal, altura, peso... e dali a gente encaminha pra consultório da médica, da enfermeira ou da odontóloga (Equipe 11).

Assim, os relatos sugerem que o momento da “triagem” ou “pré-consulta” é um espaço privilegiado para **decisão de oferta**. O pessoal técnico de enfermagem explica que essa decisão é tomada considerando a rotina e fluxo de atendimento da unidade, além da história clínica de cada usuário.

Nos casos de usuário previamente agendado, o técnico afere sinais vitais de rotina e encaminha para consultório médico ou de enfermagem. Nas situações em que os usuários chegam sem agendamento, o técnico de enfermagem faz breve avaliação e, amparado nos

sinais clínicos encontrados, na história contada pelo usuário e da sua própria percepção sobre o problema, irá decidir por: encaixá-lo no atendimento de médico ou enfermeira no mesmo período, agendar consulta para outro horário, orientar o retorno para casa com orientações de enfermagem ou para observação de agravamento dos sintomas, ou indicar que procure serviço de emergência.

B [enfermeira]: vou dar um exemplo. Nós tivemos um acidente de trânsito aqui na AL 101, e a paciente procurou o serviço. Esse serviço é visto como um paciente de risco, então nesse momento vem a equipe de enfermagem e quem tiver na unidade vai avaliar o paciente como um todo naquela urgência, e vai encaminhar se for necessário. Se não, a gente vai fazer o atendimento dele, se for só avaliação também médica, é feita a avaliação médica; se for avaliação do dentista, de fratura de dente, perdeu a arcada dentária na colisão, vai pra o dentista (Equipe 9).

V [auxiliar de enfermagem]: [complementa], a equipe tem que ter o olhar clínico (Equipe 9).

Entretanto, embora o fluxograma indique que a decisão ocorra seguida da recepção ou articulada a ela, os relatos nos mostram que o momento de **decisão de oferta** acontece em diversos momentos e espaços do fluxo do processo de trabalho. Segundo vários relatos, o próprio usuário em geral já procura o serviço com uma queixa definida e com o serviço que deseja em mente: exames, medicamentos, atestado médico, consulta ginecológica etc. Ou seja, no olhar do trabalhador o usuário já tomou sua decisão antes de chegar no serviço, embora ela sofra modificações no decorrer do atendimento, visto que a oferta será decidida pela equipe.

J [médica]: na verdade quem, no meu ponto de vista, quem decide é o usuário até hoje, entendeu? Pra onde ele vai... Na verdade eu dou um direcionamento, ou seja, uma informação. Mas quando fala em decisão, quem decide é o usuário (...) (Equipe 1).

I [odontóloga]: tem o cronograma. A gente tem um cronograma, cada profissional tem um cronograma, e esse cronograma tá afixado lá no arquivo. Então eles têm, é só dá uma olhadinha no cronograma que eles sabem de todo atendimento (Equipe 1).

H [médico]: na equipe, quem mais tem contato direto com a comunidade é o próprio agente de saúde, e por conta disso ele geralmente orienta a pessoa que tem que ser consultada. Como já se tem um certo tempo aqui, e como se ofertam várias ações, as pessoas vêm, por livre e espontânea vontade buscar aquilo que ele quer. Então, por exemplo, se ele quer uma vacinação, então ele vem orientado pra vacinação; se ele quer falar com a enfermeira, vem pra enfermeira sem precisar passar pelo agente de saúde. Se ele precisar falar com qualquer um da gente, assistente social, psicóloga, auxiliar de enfermagem, dentista, ele vem em busca do que ele quer. E às vezes isso causa um tumulto danado, porque o ideal é que ele fosse pré-agendado e que a gente pudesse ofertar aquele serviço que a gente agendou. Mas a população não entende assim, apesar de a gente trabalhar em uma equipe PSF como disse a Marilúcia (Equipe 6).

As falas oferecem indicativos do cardápio de serviços oferecidos, etapa do fluxograma em que é possível compreender como as necessidades de saúde estão sendo traduzidas pelos trabalhadores. O cardápio representa o conjunto de saberes e práticas que

serão utilizados para resolver os problemas e as necessidades de saúde da comunidade e que refletem os critérios do modelo de atenção existentes no serviço observado (MERHY, 2007).

Em relação à **tomada de decisão**, observamos anteriormente que essa é realizada muitas vezes pelo próprio usuário, embora esteja adaptada ao conjunto de ações realizadas pelas equipes. Ou seja, o usuário decide o serviço que vai utilizar dentro de um universo restrito de possibilidades apresentado pelo “pacote” da USF. Assim, o cardápio oferecido aos usuários pela USF corresponde aos serviços preconizados na ESF, com alguma margem de flexibilidade, como observamos nas falas a seguir.

E [técnico de enfermagem]: quando eles chegam de manhã (os usuários) eles já sabem qual atendimento vai ter naquele dia, normalmente chega pra saber hum... Mas a grande maioria, noventa a noventa e cinco por cento já sabe o atendimento que vai ter naquele dia (Equipe 2).

M [enfermeira]: geralmente o próprio usuário ele já vem buscando, ele já diz o serviço que tá precisando, ele já chega procurando ou consulta médica ou consulta de enfermagem ou quer fazer um curativo, entendeu? Tomar vacina... Ele já diz lá na recepção, com o pessoal do arquivo, pra que veio, entendeu? Então aí dependendo se for vacinação, por exemplo, o arquivo já vai encaminhar pra sala de vacina. Se for a consulta médica ou de enfermagem vai pra pré-consulta. Se for acompanhamento do bolsa família que eles vêm pesar para o bolsa família, vai pra pré-consulta então quando eles dizem o objetivo deles lá na recepção, é a recepção quem vai dar esses encaminhamentos, entendeu? (Equipe 1).

Nessa última, observamos que, segundo a enfermeira da equipe 1, o usuário já chega sabendo o que vai receber. Ele apresenta uma queixa, conhece os serviços oferecidos pela USF e tenta adequar a sua necessidade ao que é oferecido. O conjunto de necessidades que não se encaixa no repertório oferecido pela unidade aparece nos encontros com os primeiros trabalhadores disponíveis, ACS, técnicos de enfermagem e auxiliares administrativos. Essas necessidades são variadas e abrangem questões múltiplas relacionadas ao cotidiano particular dos indivíduos e suas famílias. Como a ESF prevê a formação de vínculo e convívio dos trabalhadores com a comunidade, os usuários muitas vezes se sentem à vontade para compartilhar seus problemas cotidianos com esses trabalhadores, muitas vezes se sentindo melhor só com o fato de serem ouvidos (como identificamos nas falas).

Assim, as equipes sinalizam que a decisão de qual serviço utilizar é tomada prioritariamente pelo usuário. Entretanto, algumas falas ponderam que os ACSs contribuem nesse processo, principalmente quando estão na área e se deparam com os problemas das famílias em seu ambiente cotidiano, embora manifestem não possuir competência técnica para isso. Já médicos, enfermeiras e dentistas relatam que algumas decisões são tomadas no cotidiano do trabalho dentro da USF, como observamos nas falas:

E [enfermeira]: existe o fluxograma de atendimento, que ele vai passar por cada etapa, seguindo aquele fluxograma, realmente até chegar ao agente de saúde. Se ela tiver uma queixa ginecológica, quer fazer uma citologia, ela vai lá no arquivo, vai marcar pra enfermeira, coletar a citologia e depois da coleta da citologia, esse resultado volta pra enfermagem, a enfermeira vai ver se precisa tratar ou não, se for preciso tratar e der pra enfermagem tratar, ela trata, se não ela encaminha pra uma ginecologista ou encaminha pra médica (Equipe 7).

E [ACS]: a gente não é médico, não é enfermeiro, não é nada, o que é que a gente vai fazer? É olhar pra pessoa e chutar (todos riem). Não é médico pra decidir, criatura, numa situação dessa, o que é que a gente faz? A gente olha a situação da pessoa! A gente não pode passar uma medicação, a gente não pode medir uma pressão nem nada. O que é que a gente vai fazer? É mandar pra enfermeira, pra o médico ou pra o auxiliar. Ou se não, olha senhora esse caso aí a gente não vai resolver nada, vai direto pra o pronto-socorro (Equipe 3).

I [odontóloga]: a gente tem uma parceria bem interessante, por exemplo, com gestante né, toda vez que ela vem pro pré-natal, ela iniciou o pré-natal, ela inicia o tratamento odontológico, então geralmente eu recebo o encaminhamento da doutora N ou da S e vamos fazendo esse intercâmbio né, pra um atendimento integral, então a gente consegue com gestante, com os hipertensos, idosos né, tem essa parceria (Equipe 1).

J [médica]: muitas vezes acontece, por exemplo, eu falando com a E, que é a dentista... aí eu vejo quem tá com um problema dentário, aí eu vô lá, bato na porta dela, naquela hora, naquele momento entendeu? E peço uma avaliação dela (Equipe 1).

Assim, embora o usuário tenha liberdade de escolha, algumas vezes orientada pelos profissionais que se valem de seu saber técnico, essa liberdade é restrita a um conjunto de opções bem delimitado. Nesse sentido, em relação ao cardápio de serviços de saúde oferecidos à comunidade, os trabalhadores descrevem as ações segundo as atribuições de cada categoria profissional.

De maneira geral, foi possível perceber que os ACS realizam visitas domiciliares mensais, agendam consultas, fazem orientações de saúde gerais, pesam crianças, levam as informações sobre as famílias para os demais membros da equipe e participam de ações educativas em saúde na unidade ou na comunidade. Os auxiliares e técnicos de enfermagem voltam-se para os procedimentos de enfermagem realizados dentro da USF como vacinação, curativos, administração de medicamentos, aferição de pressão arterial, glicemia, pesagem, mensuração da temperatura, inalação entre outros; e em alguns casos a realização de alguns desses procedimentos no domicílio nos casos em que o usuário possui dificuldade de acesso à USF. Os dentistas realizam ações preventivas e educativas nas escolas, de orientação e aplicação de flúor; na USF, atendem principalmente os grupos prioritários (sinalizando que a demanda é muito grande), de gestantes, idosos e crianças, realizando raspagens, extrações e implantações. Os médicos ocupam-se prioritariamente das consultas de diagnóstico e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, atendimento de mulheres, homens e crianças com queixas clínicas, além de visitas a pessoas acamadas na comunidade. Já as enfermeiras realizam atendimento na USF e na comunidade de acompanhamento do desenvolvimento

infantil até os dois anos de vida, pré-natal com as gestantes, planejamento familiar e citologia nas mulheres em idade fértil; realizam visitas de acompanhamento na comunidade de acompanhamento e ações educativas com grupos prioritários, como idosos, mulheres e adolescentes, além de educação continuada dos ACSs e dos auxiliares de enfermagem.

E [enfermeira]: de todos os programas, a gente tem dez, e atendemos todos os programas aqui. A gente tem pré-natal, hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose, então todos os programas que devem ser ofertados na rede básica de saúde a gente faz. Tanto a médica, quanto a enfermeira. A gente tem também aqui alguns outros atendimentos que não são ainda de PSF, mas existem aqui por conta da presença dos estudantes. Então a gente tem a fisioterapia, o pessoal de nutrição, pediatria, e só. E a gente tem a odontologia que também funciona com o PSF, faz parte do PSF. Então tudo realmente funciona (Equipe 7).

I [odontóloga]: a gente também faz nas escolas as ações educativas, creches, a parte de saúde bucal, mensalmente (...) educação em saúde focando higiene e saúde, saúde bucal, alimentação e também assim, incentivando a escovação e aplicação de flúor (...) Isso, a gente também faz (na USF) atendimento aos grupos prioritários, gestante, idoso, mas a maioria é criança porque é a grande demanda. Fora as urgências que aparecem. Implantações, raspagens, extração do terceiro molar, algumas lesões que aparecem a gente pode encaminhar pra médica, alguma suspeita a gente também pode referenciar pro Pam Salgadinho, a parte de semiologia, remoção de ossos e tudo mais... (Equipe 1).

J [médica]: a gente atende é... hipertenso e idoso, faz o acompanhamento, faz diagnóstico de hipertensão e diabetes e acompanhamento e encaminha pra referência, pra especialidade alguns pacientes que necessitam dessa referência, né? Aí também faço atendimento saúde da criança. Como é demanda, já tem esse acompanhamento da enfermagem até os 2 anos de crescimento e desenvolvimento, eu atendo na verdade mais quando vem queixa clínica (...) É... Que eu chamo de saúde da mulher, eu faço mais a parte de orientação, todas mesmo que elas venham com outras queixas eu vejo se tá com alguma prevenção de colo, de mama, quando tem a indicação do rastreamento, né? Vejo as queixas clínicas, faço a parte de orientação e prescrição do planejamento familiar, prescrição do anticoncepcional, no caso o anticoncepcional hormonal, é pré-natal, nas consultas de pré-natal de baixo risco e referencio quando necessita de avaliação do especialista. É... a parte de enfermagem a gente faz a coleta de citologia, aí eu avalio o resultado dessas coletas... deixa eu ver o que mais... a gente tem tentado trabalhar também com a saúde do homem né, aí eles vêm com as suas demandas cada um com suas queixas, né? Espontâneas... (Equipe 1).

M [enfermeira]: as visitas das auxiliares, a puérpera ou então hipertenso e diabético, pra fazer algum curativo porque (...) dependendo do curativo, semanalmente ou quinzenalmente eu vou fazer com elas, entendeu? Além disso a coleta do material pra colpocitologia. O planejamento familiar, também, a gente faz, as atividades dos grupos de educação em saúde, eu vou com os agentes ...O (grupo educativo de) hipertensos e diabéticos é o mais antigo, o de adolescentes e gestantes. A gente tá com esses três grupos. E também faço pré-natal (...), o acompanhamento, crescimento e desenvolvimento das crianças menores de 2 anos. É... Agora nós estamos também atendendo, fazendo atendimento da criança na igreja, na mesma igreja que a gente faz atividade de educação em saúde. E na quinta à tarde eu faço educação continuada com os agentes ou atividades na escola que a gente tem, que não fica dentro da nossa área, mas por ter um grande número de adolescentes da nossa área eu vou na quinta-feira nessa escola (Equipe 1).

Dessa maneira, observamos que existe preocupação das equipes em cumprir as atribuições preconizadas pela PNAB (BRASIL, 2007, 2011c) para os profissionais da ESF. Os relatos apontam para preocupação generalizada no desenvolvimento de ações educativas voltadas para a promoção da saúde, organizados por grupos prioritários (idosos, gestantes, adolescentes etc.), desenvolvidas em instituições sociais da comunidade (escolas, ONGs,

igrejas etc.) e lideradas principalmente pelas enfermeiras das equipes, contando sempre com os ACSs como parceiros. Os dentistas também manifestam engajamento em atividades educativas, mas em geral desenvolvendo ações preventivas de saúde bucal nas escolas. Várias equipes contam com a participação de estudantes de graduação (principalmente de enfermagem e odontologia) no desenvolvimento dessas ações.

Para Merhy (2007), após a intervenção, é fundamental observar a **saída** do usuário, para que, ao identificar a maneira que ele se despede, seja possível analisar a adequabilidade e resolubilidade do processo como um todo.

Em relação a essa etapa, os entrevistados relataram satisfação do usuário em relação aos serviços oferecidos, entretanto, apontaram enfaticamente que muitos problemas não são resolvidos por questões externas ao trabalho da equipe, principalmente relacionadas aos serviços de referência, destacando ineficiência da regulação em saúde e carência de serviços especializados, conforme observamos nas falas:

J [médico]: mas eu considero que quando eu entendo o que ele quer desde quando começa o agente, na realidade ele sai razoavelmente satisfeito se ele passou por uma consulta, e saía com alguma receita que ele queria, ou com a solicitação de algum exame, ou ele saía com algum encaminhamento, e é nessa continuidade que a gente tem dificuldades, lógico que a gente consegue encaminhamento, medicamento, agendar... mas quando a gente precisa do encaminhamento pra o nível secundário, a gente esbarra de novo na dificuldade de marcação do sistema de regulação (Equipe 12).

C [médica]: em relação a consulta, eles saem satisfeitos. Mas tem coisas que não dependem da gente. Por exemplo, sai da consulta com receita mas não tem o remédio. A gente resolveu em parte o problema porque foi atendido, passou a medicação fez encaminhamento. Mas aí quando chega lá fora na marcação, aí tem os empecilhos, falta medicação, falta material para curativo... mas em relação à consulta em si ele sai satisfeito (Equipe 8).

S [ACS]: pelo que a gente escuta aqui na área, muitos falam bem, alguns falam mal, ninguém vai dizer que todo mundo toda a vida é bom, né? Agora assim, é mais a questão que eles reclamam mais uma coisa que num tem muito a ver com a gente, é a questão da demora dos exames, né? que não tem nada haver com a gente, é mais que um... é o que eles mais reclamam. Eu acho. Não depende só da gente (Equipe 1).

Reforçando os dados extraídos dos questionários aplicados aos trabalhadores, a respeito dos pontos fortes e fracos da USF, os trabalhadores relataram que os usuários em geral saem satisfeitos com os serviços oferecidos pela USF, pois recebem atenção individualizada, marcada por relações de amizade e solidariedade. As equipes manifestaram compromisso e preocupação com o cuidado integral das famílias, embora se sintam impotentes diante de problemas presentes no sistema de saúde, que impedem a resolubilidade do serviço.

O olhar sobre a configuração geral da organização do trabalho das equipes, apresentada neste capítulo, evidencia práticas marcadas por forte vínculo com a comunidade e

orientadas em torno da estrutura de serviços oferecidos, segundo os programas protocolados pelo Ministério da Saúde para a Atenção Básica (BRASIL, 2007).

Dessa maneira, existe um esforço das equipes de receberem a comunidade e conduzirem o fluxo de atendimento priorizando grupos e procedimentos previstos nos programas. Isso significa que o usuário tem amplo conhecimento dos serviços e já procura atendimento dentro do que lhe é disponibilizado, o trabalhador tem sua agenda de trabalho dividida pelos programas e grupos e as ações de promoção à saúde desenvolvidas que são direcionadas também aos grupos. Entretanto, o cotidiano do trabalho está repleto de espaços intercessores onde outras demandas podem se manifestar e se manifestam.

**POTENCIALIDADE DO PROCESSO DE TRABALHO:
desvelando o poder da contradição, crítica e criatividade na
transformação do modelo**

7 CAPACIDADE CRÍTICA E CRIATIVA NA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

Então às vezes a gente consegue, e às vezes a gente também não consegue, mas não é porque a gente não consegue que a gente vai desistir, a gente continua tentando...

C, dentista, Equipe 9

A análise do material empírico evidenciou a capacidade crítica e criativa do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família, revelando suas contradições e potências, lembrando que entendemos que as contradições presentes no âmbito das práticas e relações de trabalho nos serviços de saúde já constituem, em si, espaços potentes de mudança. A identificação da contradição no discurso dos sujeitos, numa interpretação dialética, evidencia a potencialidade da mudança ao guardar, a um só tempo, negação e afirmação de um fenômeno, de maneira a colocar em evidência o estágio de seu processo, a crítica e a visualização de novos projetos para ele.

Para entendimento dos fenômenos contraditórios relatados pelos trabalhadores sobre o processo de trabalho, é necessário olhar para o contexto das relações estabelecidas, em um esforço para mapear quais e como os elementos sociais e políticos do cotidiano dos serviços interferem e desenham essas contradições, que guardam e limitam a potencialidade do trabalho em saúde. No intuito de demarcar o contexto, o primeiro desafio colocado na discussão desta temática volta-se para a análise da *Organização do processo de trabalho da equipe: integração e autonomia produzindo novos modos de fazer*, explorando as relações estabelecidas pela divisão técnica do trabalho, com entendimento de elementos constituintes desse processo (objeto, finalidade, instrumentos, produto, tomada de decisão) e delimitação geral de suas limitações e potencialidades.

Em um segundo momento, com o desafio de aprofundar a discussão sobre a potencialidade contida na organização do processo de trabalho, trazemos *Em busca da resolubilidade: informalidade como linha de fuga do trabalho em saúde*, onde voltamos o olhar à criatividade presente no trabalho vivo em saúde que, em dado contexto sociopolítico, constrói alternativas para alcançar sua finalidade.

7.1 Organização do processo de trabalho da equipe: integração e autonomia produzindo novos modos de fazer

A Estratégia Saúde da Família (ESF), inicialmente criada em 1994 enquanto programa (PSF), constitui uma proposta do Ministério da Saúde para reorientação do modelo de atenção na Atenção Primária no Brasil. Nos documentos oficiais e na perspectiva colocada pela ESF, o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar está previsto como importante estratégia para mudança das práticas, movendo-as de uma realidade de fragmentação da assistência, em que o trabalho toma como objeto o corpo biológico e centraliza-se em atos médicos e medicalizadores, para uma realidade de trabalho que consiga enxergar e intervir nas necessidades complexas de saúde que se apresentam, aproximando-se de um modelo mais integral de saúde (FORTUNA et al., 2005; RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Conforme mencionado no Capítulo anterior, cabe às equipes desenvolver múltiplas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde das famílias assistidas, envolvendo o conhecimento do território para o diagnóstico da situação de saúde, planejamento de atividades articulando outros setores e mobilizando a comunidade para o controle social e exercício da cidadania, dentro de uma lógica de trabalho interdisciplinar tendo em vista a realidade complexa que se apresenta (BRASIL, 2007, 2011c; FORTUNA et al., 2005; RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Nesse contexto, Fortuna et al. (2005, p.263) apontam que “coloca-se para os trabalhadores o desafio do trabalho em equipe para fazeres que eles desconhecem e precisam desbravar, construir, inventar, o que pode complexificar ainda mais as relações entre os trabalhadores do Programa Saúde da Família”.

Para Ribeiro, Pires e Blank (2004), às equipes também é colocado o desafio de romper com o modelo de atenção hegemônico, em cenário profundamente dominado por um modo de fazer influenciado pelo modelo biomédico. As autoras citam alguns trabalhos que evidenciam o potencial de mudança positiva da ESF em relação às práticas das equipes, como a ampliação das ações de promoção à saúde, o estreitamento de vínculo com a comunidade, o desenvolvimento de assistência contínua, a responsabilização e compromisso com o cuidado e o impacto na resolubilidade da atenção básica. Entretanto, estudos sinalizam aspectos limitantes da ESF, como a imposição de programas ministeriais para todo o território nacional com a desconsideração da heterogeneidade dos municípios, e ainda, a manutenção de um

trabalho ainda centrado no atendimento curativo, com foco na doença, reforçando característica de fragmentação e execução de tarefas normativas no processo de trabalho das equipes (CAMPOS, 2011; FRANCO; MERHY, 2012b).

Almeida e Mishima (2001) vislumbram que a Saúde da Família traz potencialidade importante de mudança das práticas em saúde, na medida em que revisa o papel do médico como figura central na equipe, colocando-o em uma posição horizontal em relação aos demais integrantes. Consideram que:

(...) a Saúde da Família pode se abrir para além de um trabalho técnico hierarquizado, para um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes e maior integração da equipe (ALMEIDA, MISHIMA, 2001, p.150).

Para as autoras, se a integração da equipe não ocorrer, com o estabelecimento de projeto comum de cuidado em que as especificidades dos diversos profissionais se complementem e se articulem para a atenção à saúde, corre-se o risco de se repetir o modelo desumanizado, fragmentado e centrado na cura biológica individual.

É nessa discussão que inserimos o presente tema, considerando que características presentes no processo de trabalho das equipes estudadas podem indicar potencialidades e/ou limitações para o alcance de um modelo de atenção amparado pelos princípios do SUS. Nesse sentido, utilizaremos como referências para o entendimento e a problematização das potencialidades encontradas na organização do processo de trabalho das equipes estudadas, as produções mais recentes no campo de estudos sobre processo de trabalho em saúde, conduzido por estudiosos importantes da Saúde Coletiva no Brasil.

Em relação ao conceito de equipe, para fins desta investigação, destacamos autoras como Denise Pires, Marina Peduzzi, Silvana Martins Mishima, Maria Cecília Puntel de Almeida e Cinira Magali Fortuna que têm produzido material importante para compreensão do que, de fato, vem a ser uma equipe de saúde que trabalhe numa lógica mais horizontal, integrada e orientada por uma perspectiva de mudança de modelo, especialmente no contexto da ESF. Aspecto interessante é que todas as autoras mencionadas são enfermeiras, o que denota o esforço da categoria no sentido de compreender e buscar alternativas para práticas integradas de saúde, provavelmente relacionadas à inquietação em entender e superar a própria estrutura organizacional da equipe de enfermagem, com divisão técnica do trabalho historicamente construída e consolidada dentro de um modelo taylorista de produção.

Tais autoras, e esta que aqui se apresenta, inspiraram-se em autores do campo da saúde, como Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, Túlio Franco, Emerson Elias Merhy e Gastão Wagner de Sousa Campos, como autores de referência para interpretação do trabalho em saúde e aproximação aos novos desenhos para o desenvolvimento de práticas comprometidas com um projeto ético-político que coloca os sujeitos como protagonistas do cuidado em saúde, com vistas à reversão do modelo de atenção.

Assim, esses autores nos ajudam a discutir a temática em questão, ao nos aproximar do entendimento do trabalho em saúde, enquanto práxis, e nos apresentar olhares inovadores de organização do processo de trabalho em saúde que se forma a partir da crítica sobre a divisão técnica e desigual que conformou o trabalho nos serviços de saúde na lógica capitalista de produção e que sustenta o modelo hegemônico de atenção.

Ao nos voltarmos agora para o material empírico analisado, a primeira potencialidade que encontramos relatada e observada nas equipes estudadas foi a **valorização do trabalho em equipe**. Os relatos evidenciaram contundente valorização do trabalho em equipe multidisciplinar, colocando-o como uma das grandes vantagens de se trabalhar na ESF. Os trabalhadores manifestaram conhecer o trabalho e as atribuições dos demais colegas e a buscar estratégias de cooperação e ajuda mútua no cotidiano do trabalho. As relações de trabalho, construídas entre os membros da equipe, parecem se conformar no cotidiano, sem norma instituída e a partir das situações que surgem diariamente.

V [auxiliar de enfermagem]: a equipe tem que ter o olhar clínico.

B [enfermeira]: se o problema é uma criança que veio aqui pra ser atendida por mim, sem o bolsa família ou algum programa do governo, não tem o cartão SUS, ou tá fazendo uma alimentação erradíssima – comendo só leite na idade de dois anos, então eu já procuro a assistente social, já procuro o agente pra saber o que é que houve, já procuro... tem que ser todo mundo pra conversar com essa criança, porque a linguagem tem que ser simples, 20, 40 minutos dentro de um consultório não dá conta dessa demanda. O agente tem que ter essa demanda, o auxiliar também tem que ter, a recepção... Então a gente integra as ações na medida que se pode, porque às vezes a gente não é tão ideal assim, mas dentro do fazer a gente está sempre integrado.

Pesquisadora: na sua fala eu percebi que vocês valorizam esse olhar em equipe...

B [enfermeira]: isso! Por exemplo, hoje eu vi ela tentando atender a uma cliente que está com infecção urinária... se essa infecção urinária tá num nível de potencialidade que eu vejo que não tenho como prescrever dentro do protocolo a medicação, eu vou lá no fulano [médico] no mesmo dia e digo “vamos ver o que é que a gente pode resolver”, e já resolve junto. Então a gente não manda pra o outro dia! Até agora a gente estava esperando o cartão SUS e a gente está tentando resolver, porque muitas vezes a gente não pode atender porque só pode atender com o cartão SUS, e se atender, a comunidade vai ficar acomodada e não vai fazer o cartão SUS. Mas vai ficar sem vacina? Vai ficar sem consulta? Vai ficar sem peso porque não tem o cartão? Então a gente tem que ter o senso também de acreditar que aquela pessoa vai fazer o cartão. Então quem é que vai ficar responsável pra que essa pessoa faça o cartão? A equipe! No momento que está no meu consultório, no momento que eu vou pra comunidade, no momento que ele vai pra assistente social, no momento que ele vai pra vacina... então a gente tem que sensibilizar um dia pra eles fazerem esse cartão (Equipe 9).

N [médica]: graças ao trabalho de equipe que a gente tem a muito tempo... [explicando porque vários problemas foram resolvidos na comunidade] Antes a gente tinha mais embate com essa comunidade, hoje a gente já não tem mais, hoje já tem uma amizade, tá entendendo, já é uma conquista, porque precisa da confiança e precisa de um compromisso nosso enquanto profissional. Porque eu acho o que é mais importante eu acho hoje no ... [menciona o bairro da equipe], é esse compromisso de cada profissional, é isso que faz a gente crescer junto, sempre disse isso a eles, que é a gente só tem esse resultado hoje por conta do compromisso de todos que a gente tem no Isso a gente vê do agente, do seu Fulano [guarda da USF], da Beltrana [auxiliar de limpeza], de todo mundo! Então, isso é que faz a gente ter essa resposta hoje, problemas a gente tem que chega um, chega outro, isso acontece sempre, a gente não tem a resposta pra todos, mas que hoje a gente vê, na citologia, quando a gente começou aqui, praticamente todas as mulheres tinham infecção e pronto hoje a gente já vê muitas citologias dentro dos padrões normais, a gente vê as mulheres procurando, também o compromisso nosso em mostrar que não é só fazer, é mostrar pra que serve uma citologia, então é o que Fulana [cita enfermeira da equipe] tem feito, eu tenho feito, o que os agentes têm feito, os auxiliares têm feito e nisso elas vão tomando conhecimento da doença né? Do que faz ela adoecer, do que faz ela procurar o serviço, da resposta que a gente dá... A gente também não pode tirar expectativas não, a gente também tem que dizer qual é o nosso limite, e isso é o que eu acho importante, essa semana eu tava até dizendo aos meninos e tô tornando a dizer, o que faz saúde hoje no Brasil funcionar justamente são os profissionais que estão lá a todo custo tentando melhorar isso, porque a gestão é zero! [balança intensamente a perna enquanto fala] (Equipe 1).

As falas evidenciam que mesmo diante das adversidades e dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores, como as questões sociais complexas que se constituem determinantes no processo saúde doença dos usuários e a carência de apoio da gestão municipal, a existência do trabalho em equipe multiprofissional, interdisciplinar, com a possibilidade de dividir tarefas e responsabilidades facilita intensamente o cotidiano das equipes. Isso ficou evidenciado nas falas e principalmente no comportamento das equipes durante a realização dos grupos, quando demonstravam alto grau de entrosamento e articulação nos gestos e falas (riam juntos, brincavam entre si, indignavam-se pelas mesmas situações, conversavam paralelamente quando algum assunto polêmico era discutido etc.).

Peduzzi (2001), em seu conhecido estudo de conceitualização de equipe multiprofissional de saúde, utiliza-se da teoria de trabalho de Habermas (1989, 1994) para distinguir que no processo de trabalho, o agir comunicativo fundamentado na intersubjetividade dos sujeitos acontece quando, através da linguagem, os sujeitos definem expectativas recíprocas de comportamento que são reconhecidas mutuamente. Nesse sentido, o trabalho que se baseia numa ação teleológica racional, sendo orientado por regras técnicas e por valores que se combinam na busca por êxito de determinado resultado, pode sofrer influência do agir comunicativo em seu processo.

Entende-se que é por meio dessa prática comunicativa, caracterizada pela busca de consensos, que os profissionais podem arguir mutuamente o trabalho cotidiano executado e construir um projeto comum pertinente às necessidades de saúde dos usuários, além de reiterar o projeto técnico já dado, no que se fizer necessário (PEDUZZI, 2001, p.105).

Nessa perspectiva, a autora fundamenta as tipologias de trabalho em equipe multiprofissional em equipe integração ou equipe agrupamento. Basicamente, a diferença entre os dois tipos está na interação e articulação dos trabalhadores no desenvolvimento das ações, de maneira que naquelas equipes em que o agir comunicativo é mais exercitado, mais próximas estão de uma equipe integração. As equipes dessa modalidade, embora mantenham diferenças técnicas dos trabalhos especializados e desigualdade de valor atribuído a esses distintos trabalhos e, ainda, guardem tensões e conflitos inerentes aos exercícios de suas autonomias, conseguem interagir diante de um objeto de trabalho e construir possibilidades amparadas em diferentes saberes e atuações técnicas, sem que cada agente perca sua especificidade. Ou seja, as diferenças entre os agentes potencializa a capacidade de solução e construção de resultados.

Peduzzi (2001) aponta alguns aspectos que servem como critérios de diferenciação entre as modalidades de equipe: comunicação entre os agentes do trabalho, projeto assistencial comum, trabalhos diferentes e trabalhos desiguais e autonomia técnica. Nas equipes estudadas, observamos que as equipes tendem para a integração em todos os aspectos.

Em relação ao primeiro aspecto, as equipes demonstraram, desde o momento de agendamento para realização dos GFs, **grande capacidade de comunicação e articulação**. O contato inicial, como relatado anteriormente, aconteceu sempre com enfermeiro ou médico da equipe, o qual se responsabilizava por organizar junto aos colegas um horário adequado para reunião e o desenvolvimento do grupo focal. Assim, esta pesquisadora se surpreendeu ao não encontrar grandes dificuldades para reunir as equipes. Cancelamentos e remarcações ocorreram, mas com baixa frequência, de maneira que, das 15 equipes atuantes nas 8 USFs selecionadas para o estudo, conseguimos realizar os grupos com 13 equipes. A composição de cada GF foi variada, porém, sempre contando com representantes de todas as categorias.

Nesse contexto, foi possível observar canais permanentes de comunicação entre os trabalhadores. Os relatos apontaram ênfase no diálogo presente no cotidiano do trabalho e nos diversos espaços da USF: no consultório, no corredor, na copa, no domicílio, durante as intervenções educativas, nas reuniões e nos encontros de “educação continuada”.

A própria dinâmica de participação dos sujeitos nos GFs evidenciou essa característica, de maneira que a condução do grupo caminhava sempre para um diálogo da equipe, em que um completava a ideia ou informação que o outro estava fazendo, compartilhavam críticas, preocupações e sugestões e muitas vezes se indignavam juntos e também riam juntos das mesmas situações. No geral, era possível perceber um sentimento de

pertença dos trabalhadores em relação à equipe. Eles se sentiam confortáveis uns com os outros e compartilhavam atividades, projetos e valores similares.

Pesquisadora: quando essas decisões são tomadas assim em conjunto, em equipe?

J [médica]: geralmente durante a consulta, no cotidiano, não tem realmente uma reunião daquele caso que a gente vê, não.

M [Enfermeira]: tem reuniões pra decidir alguma coisa maior, entendeu? Mas... é... assim... caso específico, problema de um paciente específico, aí geralmente eu converso com J e a gente resolve.

Pesquisadora: vocês se encontram e aí...

M [Enfermeira]: é porque a gente já fica aqui o dia todo na unidade de saúde, então muita coisa a gente conversa até no horário do almoço, sobre determinados pacientes...

J [médica]: muitas vezes acontece, por exemplo, eu falando com a E, que é a dentista... aí eu vejo quem tá com um problema dentário, aí eu vou lá, bato na porta dela, naquela hora, naquele momento, entendeu? E peço uma avaliação dela. Ou por outro motivo, ela vê que um tá com a pressão muito alta, aí ela diz, olhe J essa paciente veio desse jeito pra mim, eu queria que tu desse uma olhada... (Equipe1).

J [médico]: a gente faz o que a gente chama de interconsulta, quando um profissional precisa do outro. Por exemplo, eu preciso muito da M pra me ajudar com as mulheres, sobretudo com queixas ginecológicas. Quando a M teve precisa que eu vá avaliar durante a coleta de material da citologia [M diz: “sempre precisa!”], ou quando tem alguma situação, algum paciente, por exemplo, hipertenso, ou alguma lesão, alergia... então isso a gente faz entre os profissionais. Agora entre os demais colegas, os auxiliares e os agentes, a gente discute casos, tipo, “você acha que o que ele tá precisando é pra hoje ou dá pra marcar uma consulta?”. Eu acho que eu faço muito essa pergunta, né?! Quando eles vão pra minha sala eu digo “olhe, é urgente?”, e ele “É!”, eu digo “se for urgência, encaixe, mas se der pra agendar nos grupos, nos programas, encaixe nos programas” (Equipe12).

C [dentista]: essa equipe é muito unida e a gente não tem vergonha de dizer que não sabe. Duas cabeças, lógico, pensam melhor que uma! Se eu tenho um problema e não sei como posso resolver, eu vejo a pessoa mais indicada pra me ajudar. Por exemplo, eu estava com uma paciente especial e a mãe tinha parado de fazer o tratamento e eu sempre batendo na tecla “mãe, tem que higienizar a boca da criança”, e nada, nada. Eu dizia, “meu Deus do céu, eu não estou conseguindo atingir essa mãe”... então chamei H que é assistente social na hora que eu tava com essa mãe lá, eu disse “H, converse com essa mãe, fale...”, então eu fiz o tratamento na menina e hoje eu dei os parabéns à mãe da G porque ela fez o que eu orientei, porque a várias consultas eu vinha orientando e ela não estava fazendo, então depois da conversa da H, ela é paciente da área de F, então depois da conversa da H a gente conseguiu o objetivo da gente. Só que nem sempre a gente consegue... tem outra paciente na área da N, que é especial, que eu já conversei, mas parece que a mãe não é muito boa, o pai deixou de trabalhar porque recebe o bolsa família, ela tem 4 filhos, dois são especiais, ela recebe dois benefícios, a gente precisava encaminhar essa mãe pra o tratamento com a criança e a gente não tá conseguindo... tentei com A, com H e a gente não está conseguindo, e essa história já vem com algum tempo. Então às vezes a gente consegue, e às vezes a gente também não consegue, mas não é porque a gente não consegue que a gente vai desistir, a gente continua tentando... (Equipe 9).

Em relação a projetos assistenciais comuns, notamos tendência das equipes se comprometerem com a execução dos programas ministeriais da ESF, ao mesmo tempo em que são constantemente surpreendidas por problemas diversos da comunidade, que exigem processos de tomada de decisão que não se encaixam nos protocolos dos programas.

A definição das atividades de cada membro foi descrita em detalhes, seguindo todos os programas protocolados pelo MS para a AB. Conforme descrito no Capítulo anterior, a rotina de marcação de consultas é totalmente vinculada aos programas, o que indica engessamento das ações dos trabalhadores que os distanciam de espaços para construção de projetos comuns, pautados na realidade objetiva e mediado pelas relações intersubjetivas.

J [médico]: a gente trabalha com programas, a estratégia trabalha em torno de programas, e eu comecei falando que abria a segunda com a demanda livre, que algumas segundas à tarde eu conto com os resultados dos exames, na terça eu faço atendimento ao adulto, tanto homem quanto mulher, porque a gente ainda não tem um programa específico de saúde do homem, que é um dos últimos programas a serem implantados, foi o ano passado, à tarde eu faço as consultas do programa de saúde da mulher, especificamente voltado ao pré-natal, na quarta faço o programa saúde da criança, e do adolescente na parte da tarde, e na quinta geralmente eu faço o hiperdia, dois horários eu fazia o hiperdia na sexta, mas por conta do meu afastamento do mestrado, eu sintetizei na quinta-feira. E a gente tinha também horários na sexta pra fazer as nossas reuniões internas, quando eu tinha o hiperdia pela manhã, à tarde tinham as reuniões internas e uma vez por mês, a nossa reunião. Então além desses programas que eu citei, a gente ainda tem programa de tuberculose, e até agora a gente não diagnosticou nenhum, a gente tem o monitoramento das doenças diarreica da infância... é porque assim, dentro de cada grande programa tem as atividades, mas aí vem o programa da tuberculose, como eu estava falando, e as DSTs, que comporta, se a gente for ver a linha do tempo, a todas as fases da vida, à criança, o adolescente, o adulto, separado do adulto a mulher, o idoso, o hiperdia, a tuberculose, e a saúde bucal (Equipe12).

Alguns autores (FRANCO; MERHY, 2002, 2012b; RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004) apontam problemas com o caráter normativo e prescritivo de implementação da ESF, que desconsidera as especificidades locais e regionais e cobra produtividade das equipes (diversas equipes sinalizaram preocupação especial com o dia que tinham que fechar a “produção”). Entretanto, embora as equipes trabalhem restritas ao conjunto de ações protocoladas pelos programas, as falas evidenciam **capacidade crítica para lidar com os problemas que se apresentam em seu cotidiano**.

Os trabalhadores conhecem as condições sociais e de saúde da comunidade que atendem e conseguem fazer uma avaliação crítica dos problemas de saúde que se apresentam no serviço. Por exemplo, possuem clara percepção de que as doenças crônico-degenerativas são agravadas por questões sociais ligadas à pobreza e à violência, que os diversos problemas psíquicos e emocionais identificados também são consequência da situação de vulnerabilidade social que a população se encontra.

A [ACS]: muitos fatores estão associados. Eu acho, eu analiso por essa forma, é a questão da educação social mesmo da população. E a questão do entrosamento da equipe, eu, assim, durante todos esses anos a gente já pôde notar isso aqui, que nós somos uma das poucas equipes que têm um mínimo de conflitos internos entre os profissionais. Passamos por épocas que passamos por épocas sim, mas foram todas resolvidas. Agora nós conseguimos ter um nível social da equipe aceitável. Claro que alguma farpazinha na comunicação, isso é normal no ambiente de trabalho, né, mas a gente tenta contornar da melhor forma possível, e não deixar isso interferir em nada. Outra coisa que a gente esbarra aqui é a questão de material, não adianta a gente encaminhar, o paciente vir, chegar aqui

necessitar ser encaminhado, e a gente olhar pra um lado, olhar pra o outro e a gente não ter nem uma folha de papel pra escrever. Tem a vacina, não tem segunda, terça ele não tem agulha, o médico, passa uma receita quando o paciente e não tem o remédio, a enfermeira precisa fazer o acompanhamento das crianças, não tem balança [...] A gente tenta fazer mais do que a função da unidade. Então a gente esbarra com tudo isso, e o pior fator que a gente tá encarando agora é a violência que tá grande, não tá dando pra aguentar. Já questionaram isso com a secretaria, e não resolvem nada. A gente continua enfrentando a violência no local de trabalho (Equipe 3).

Ou seja, ao mesmo tempo em que legitimam e acreditam nos programas, encontram espaços para discutir a situação de saúde do território e **construir miniprojetos paralelos voltados para a realidade local**.

Um espaço que se mostrou fecundo para esses movimentos foram as ações voltadas para a promoção e proteção da saúde, como os grupos educativos. Os grupos são organizados para atender os usuários dos programas, porém, extrapolam as fronteiras dos protocolos e se diferenciam de acordo com as diversas realidades e construções de intersubjetividade de trabalhadores e comunidade. Visualizamos também a construção de parcerias intersetoriais nesse processo, com instituições sociais da comunidade (conselhos de moradores, escolas, centros de atenção social) e principalmente com universidades.

Assim, embora as equipes não verbalizem explicitamente projetos comuns estruturados e com lógica de continuidade, vários projetos paralelos aparecem desenhados no cotidiano, como frutos da integração das equipes. Um exemplo de projeto estratégico para formação de grupos educativos em uma USF, em que trabalham 3 equipes de Saúde da Família, pode ser identificado no fragmento a seguir.

Pesquisadora: e os grupos? Vocês falaram bastante dos grupos, vocês trabalham juntos nos grupos? Como é esse trabalho?

D [dentista]: os grupos já funcionam. Toda semana vai ter aquele grupo certo funcionando e a gente trabalha sempre com palestras diferentes, né E?!

E [enfermeira]: é. Antes cada equipe tinha o seu grupo, mas estava acontecendo que são três equipes, tinha três grupos de gestante, três de hipertenso, tinha tudo três. A gente tem também um CRAS que fazia muito, chegava um tempo que nem tinha pessoas pra cá, nem pra eles... tinha dia que um não se comunicava com o outro e no mesmo dia que eu fazia grupo de gestante, eles também! Então foi feita uma parceria... o ano passado o pessoal do CRAS junto com a gente foi feito um cronograma, então o CRAS ficava responsável por esse cronograma e a parceria. Se eu precisar de palestra que é com o assistente social, vem um assistente social e dá; se a palestra é da enfermagem, a gente dá. Esse ano a gente mudou, a unidade de saúde é que ficou responsável, porque a responsabilidade do grupo era do CRAS, e os convidados eram a saúde. Então esse ano a unidade ficou responsável e o CRAS é o convidado, e no próximo ano vai mudando.

Pesquisadora: e quais são os grupos que vocês têm?

E [enfermeira]: como são três enfermeiras, ficou dividido assim: eu fico responsável pelo grupo de gestante, Fulana (enfermeira) com o de adolescente, a Sicrana (enfermeira) com o de idoso...

Pesquisadora: e os outros profissionais também se articulam?!

E [enfermeira]: sim! também! Então a gente faz um cronograma, por exemplo, saúde bucal, quem fala é o dentista; falar sobre cidadania é o pessoal do CRAS; depressão, é o psicólogo. Então a gente conseguiu fazer isso, junto ao ACS que vai na casa, convida... então a gente faz essa parte. A minha equipe fica responsável por gestante, a outra por idoso, só que como eu já falei que estou com mais de 200 hipertensos, não tem como a gente acompanhar todos esses entre enfermeiro e médico, porque a gente ia passar a semana toda só pra atender hipertenso. Então a gente fez a última reunião em equipe, e fazer um grupo de hipertensos toda quinta à tarde. Então quinta à tarde, T convida os hipertensos dele, a gente á uma palestra, fala um pouquinho e depois a médica olha qual é o remédio... é mais aqueles que estão com a pressão controlada. Mas tem aqueles rebeldes que estão tomando o remédio, e está com a pressão alta, aí esse a gente vai marcar a consulta, porque existe o dia de consulta só pra o hipertenso, mas foi mais pra gente organizar, porque a gente estava sem condição de acompanhar esses hipertensos todos (Equipe 12).

O processo de reflexão sobre as realidades despertou, na maioria das equipes, a necessidade de ampliar o conhecimento científico sobre problemas do cotidiano com o desenvolvimento de estudos e pesquisas. A parceria com universidades parece estimular e instrumentalizar as equipes nesse processo. O Programa de Reorientação da Formação Profissional - Pró-Saúde e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde foram mencionados como importantes parceiros na construção de projetos e novas formas de fazer.

Há relatos de realização de pesquisas de diagnóstico epidemiológico e desenvolvimento de estudos científicos diversos, com a parceria com universidades, sobre necessidades e problemas identificados no cotidiano do trabalho (amamentação, mortalidade infantil, perfil epidemiológico, acolhimento, dentre outros). Os trabalhadores **valorizam o conhecimento científico como importante instrumento** para conduzir o trabalho.

Em suma, as equipes se mostram abertas para o diálogo e a construção coletiva de alternativas para soluções de problemas que surgem no cotidiano, sem deixar de cumprir os protocolos dos programas ministeriais e atender a produtividade exigida pela gestão municipal.

Isso se configura em importante potencialidade na medida em que aproxima o trabalho das equipes da práxis descrita por Campos (2010, 2011).

Considero, portanto, o trabalho em saúde uma práxis. Como em toda práxis, é impossível operar-se sem algum grau de saber acumulado, sem teoria, método e técnicas previamente experimentados. Entretanto, caberia ao profissional, à equipe responsável por cada caso clínico ou sanitário, construir um novo modo de agir com base tanto no saber estruturado, quanto também no diagnóstico da situação específica e em valores do sujeito ou da cultura; ou seja, lhe caberia adaptar o saber tecnológico ao contexto singular (CAMPOS, 2010, p.2341).

Nessa direção, o **autogoverno definido por Merhy (2007)** também está presente no trabalho das equipes, que diz respeito à capacidade do trabalhador de conduzir o próprio trabalho e fazer escolhas, superando o que está instituído para adquirir caráter instituinte, ou seja, transformador. Cabe aqui um pequeno parêntesis, para se assinalar que esse caráter

instituinte, e, portanto, compreendido como transformador, não quer, de forma alguma, indicar transformações apenas positivas.

Podemos dizer, assim, que os trabalhadores sujeitos desta investigação trazem indicações de que se utilizam e valorizam o saber técnico e específico de cada profissão, sem se aprisionar a ele. Diante da realidade que se apresenta complexa e multifacetada, refletem sobre ela e adaptam o saber acumulado aos contextos vividos, buscando soluções criativas. Para isso, buscam articulações entre si e com outros atores sociais e institucionais para construção de projetos comuns. Assim, parece se fazer presente, mesmo que por vezes de forma incipiente e não tão claramente consciente, que o exercício da **interdisciplinaridade e intersetorialidade** na práxis cotidiana das equipes, embora não desenhe projetos estruturados, vão moldando e desenhando em ato outros modos de fazer que rompem com a lógica hegemônica e avançam na construção de um novo modelo.

Referente ao aspecto que Peduzzi (2001) chama de “trabalhos diferentes e trabalhos desiguais”, na contramão do discurso coletivo dos sujeitos entrevistados, de valorização do trabalho em equipe desenvolvido com grande senso de responsabilidade comum e discurso do compartilhar de problemas e soluções, contraditoriamente, as mesmas falas apontaram situação de desigualdade nas relações de trabalho marcada pela sua divisão técnica e hierárquica.

A divisão técnica e hierárquica, presente no trabalho em saúde em todos os níveis de atenção, reflete o modelo de produção taylorista-fordista que se caracteriza pelo parcelamento do processo produtivo e pela alienação dos agentes do trabalho. Nesse contexto, no discurso da medicina moderna o trabalho em saúde é baseado no conhecimento científico, voltando-se para uma racionalidade tecnológica das práticas. Os estudos críticos de Karl Marx destacam que quando essa racionalidade tecnológica domina, o trabalho vivo é conduzido e aprisionado pelo trabalho morto (maquinários, regras, protocolos), de maneira que a autonomia do agente é suprimida e até indesejada (CAMPOS, 2011).

O trabalho compartimentalizado e especializado que se observa na saúde segue essa lógica, no intuito de aplicar o conhecimento científico (tecnológico) nas práticas em sua máxima. Essa organização do processo de trabalho sustenta o modelo hegemônico de atenção à saúde, centrado no profissional médico, em que as demais categorias são auxiliares ou complementares ao corpo de conhecimentos dominante (medicina).

Peduzzi (2001) destaca que esse parcelamento do trabalho em saúde não diferencia os trabalhos somente tecnicamente, mas também aprofunda desigualdades relativas à sua valorização social. Isso redundará em um quadro que reproduz as relações sociais desiguais

presentes na sociedade ocidental moderna, em que grupos que detêm o chamado conhecimento científico dominam os processos produtivos e estabelecem relações hierarquizadas e de subordinação com os demais grupos.

Estudos (MERHY, 2007; MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009) vêm apontando que na saúde esse quadro limita as possibilidades de mudança do modelo de atenção, pois aprofunda o distanciamento entre os agentes do cuidado e restringe a autonomia e capacidade criativa do trabalhador. Considerando que, no contexto da saúde, o trabalho enquanto serviço é produzido e consumido em ato, permeado por relações intersubjetivas e marcado por complexidades que ultrapassam o conhecimento de uma única profissão, entende-se que se faz necessária abordagem cada vez mais pluri, inter e transdisciplinar das práticas, no compromisso de construção de novos modos de fazer.

Neste estudo, como era de se esperar pela realidade que se apresenta na saúde do mundo ocidental, os relatos apontaram à divisão técnica do trabalho bastante definida e hierarquizada. Cada categoria profissional possui um corpo de atividades específicas, que é bem conhecido por todos os demais membros. Isso favorece um intercâmbio de informações, porém, intensifica a hierarquia técnica entre os integrantes. Os profissionais de nível universitário (médicos, enfermeiras e dentistas) são os que conduzem a lógica de trabalho e o cotidiano das práticas. O pessoal de nível médio (auxiliares de enfermagem e saúde bucal e ACSs) seguem as orientações que lhes são colocadas.

E [técnica de enfermagem]: já aconteceu, assim, num momento que só se realmente ela não tiver presente (aponta para a enfermeira), né, tiver num curso, ou alguma coisa parecida. E se chegar alguém que a situação é inerente à enfermagem, no caso a enfermeira, e no meu caso, assim, como sou técnica, e ela não está (aponta para a enfermeira), e eu não posso esperar, eu tomo a decisão, no caso de uma criança que veio pra uma médica e de repente a médica não veio, e tá com febre, e eu não posso medicar, eu não sou médica, a V não tá aqui, se for o caso, e não tem nenhuma outra médica, eu vou ter que dizer isso mesmo que eles fazem (aponta para os ACS), sabe, mas normal.

Pesquisadora: você quer dizer assim, orientações, você faz orientações...

E [técnica de enfermagem]: orientações, é.

Pesquisadora: de cuidados, com crianças, é esse tipo de atividade que você desenvolve? Como é isso?

E [técnica de enfermagem]: é orientando, é encaminhando, dando uma direção. Às vezes a mãe chega assim tão apereada, tão preocupada, querendo uma resolução do problema, né. Então uma orientação naquele momento... acho até que ela saberia sim, se não fosse naquele momento, de estar tão desesperada, e chega e tem esse acolhimento...

Pesquisadora: e você V, aí chega esse usuário pra você, né, com várias demandas (risos). Como que você decide isso?

V [enfermeira]: é, dentro do que é possível, daquilo que ele tem que fazer, não é, das nossas atribuições e das nossas limitações, ele sai daqui resolvido. Tudo o que é possível eu faço. Sempre restrito mesmo à enfermagem, nada ultrapassando. Ah, isso aqui é decisão médica, então encaminha.

Se for alguma coisa assim, que possa ser resolvida na unidade, com outro médico até, que não é do PSF, né, ou então se eu for abordada por paciente que também não é do PSF, que normalmente acontece isso, aí eu já vejo na unidade como eu posso resolver isso, sem encaminhar ele pra outra unidade e resolver logo. Quando não, aí assim, eu encaminho lá pra o mini pronto-socorro... eu faço esses encaminhamentos.

Pesquisadora: geralmente quais demandas que aparecem? Quais são os problemas...

V [enfermeira]: é.. às vezes uma hipertensão, né, a pressão muito alta, acontece também pacientes com tosse, sintomáticos respiratórios, a gente recebe aqui muito paciente com tuberculose. A tuberculose como é um problema que a gente já trabalha mais, fica mais fácil de resolver, mas como não é do PSF, aí eu tenho que encaminhar, né. Exames, alguns exames que a gente precisa orientar e não pode passar, né, porque tem exames e tipos de medicação que eu não posso fazer, né, encaminha pra o médico, dependendo da urgência, se for urgente mesmo, aí a gente tenta agendar pra o médico da unidade. A gente conversa com médico ... e vou fazendo essa atenção, não é, esse atendimento.

E [técnica de enfermagem]: geralmente assim, a gente fica mais nessa parte técnica mesmo, como eu sou auxiliar de enfermagem, aí eu fico mais nas salas que necessitam da parte da enfermagem mesmo, mas, algumas vezes também já recepcionei. Já chegou perguntando “ahh a pré-consulta da doutora”, no caso a médica do PSF e a gente informa, “é...” faz a triagem, se for o caso, mas assim, realmente essa, essa condição de ser unidade mista, assim, tira um pouco dessa, é... no caso, desse momento nosso, da enfermagem, de fazer essa recepção e de fazer os outros serviços e também de dar conta de todas as outras tarefas, mas em algumas oportunidades eu já recepcionei também.[...] Quando a gente não pode resolver, a gente joga, de antemão, a gente joga na mão da enfermeira, né [todos riem]. Mas tem casos que a gente diz, não, isso aí é só com a médica, porque a gente sabe a parte que dá pra ela fazer ou não. E também tem casos que a gente diz, olha senhora, não adianta a senhora manter essa pessoa aqui, já vai logo pra o mini pronto-socorro. Aí a gente vê que aqui não tem urgência nem emergência. Mas se chega uma pessoa aí machucada, ou com vômito, ou diarreia, alguma coisa e não tem médico... por exemplo, esses dias mesmo, que tá sem, a médica tá afastada, aí o que é que a gente pode fazer? Vai fazer a mesma coisa que a gente ia fazer, manda pra emergência [todos riem].

E [ACS]: a gente não é médico, não é enfermeiro, não é nada, o que é que a gente vai fazer? É olhar pra pessoa e chutar [todos riem] Não é médico pra decidir, criatura, numa situação dessa, o que é que a gente faz? A gente olha a situação da pessoa! A gente não pode passar uma medicação, a gente não pode medir uma pressão nem nada. O que é que a gente vai fazer? É mandar pra enfermeira, pra o médico ou pra o auxiliar. Ou se não, olha senhora esse caso aí a gente não vai resolver nada, vai direto pra o pronto-socorro (Equipe 3).

Nos fragmentos os trabalhadores vão apontando os limites profissionais, e as alternativas que utilizam para buscar ajudar na resolução do problema ou da necessidade expressa pelo usuário.

Os outros trabalhadores agregados, de nível médio, como auxiliares administrativos, auxiliares de limpeza e seguranças foram percebidos em situação ainda maior de subordinação, devido à pouca ou nenhuma participação nos grupos. Sua inserção na equipe básica de SF parece estar como suporte aos demais trabalhadores. Trabalhadores de nível universitário agregados a algumas equipes (psicólogos e assistentes sociais) encaixam-se no cotidiano do trabalho da equipe auxiliando nos casos mais complicados, sendo vistos como importantes aliados pelos demais profissionais, mas não apresentam o mesmo poder de decisão. Nos relatos destaca-se a necessidade de incorporação de novos atores na equipe, em

uma clara percepção que a complexidade dos problemas que se apresentam no cotidiano requerem outros saberes para seu enfrentamento.

O ACS tem participação especial e destaque na equipe. Embora esteja claramente subordinado às orientações de enfermeiras, dentistas e médicos, conhece detalhadamente e profundamente toda a dinâmica do serviço. É fortemente valorizado por todos os membros da equipe e também pela comunidade. O ACS foi uma das categorias mais participativas e críticas nos GFs e, no cotidiano, se depara constantemente com situações em que precisa tomar decisões, fazendo-as com certa liberdade e criatividade. Os relatos indicam que o ACS toma a decisão amparado em sua vivência e na relação que estabelece com o usuário e com os demais trabalhadores, embora não sinta competência técnica para tanto.

A [ACS]: é em relação à vacina, né, por exemplo, quando a gente chega a se deparar com uma senhora que tá com uma criança que tá precisando de uma marcação, porque tá com tosse ou algum tipo de gripe, aí marca pra uma pediatra. A médica atende criança na terça-feira, pronto, então a marcação tem que ser feita na segunda. É... se for uma gestante, aí já é outro caso. Logo que a gente entra em contato com aquela pessoa, a gente, pelo estereótipo dela, né, o visual, às vezes, então a gente já tira por ali, ela gestante, então pronto, vai precisar marcar pra gestante (Equipe3).

Tais resultados corroboram o estudo de Ferreira et al. (2009) sobre o processo de trabalho do ACS, que destaca a potência do trabalho do agente em produzir ranhuras no modelo hegemônico e escapes marcados por lógicas por ele mesmo inventadas, embora aponte para a insuficiência do trabalho do ACS para produzir reestruturação do modo de produção do cuidado.

Peduzzi (2001) salienta que quanto menor o distanciamento e desigualdade entre os integrantes da equipe, maior a chance de integração e busca de consensos na tomada de decisão. Nesse caminho, a autora aponta que a construção equipes integradas de trabalho não significa abolir as especificidades, mas sim, flexibilizar a divisão do trabalho. Isso significa se aproximar da práxis defendida por Campos (2010, 2011), em que as especificidades do saber técnico permitem o aprimoramento do conhecimento e otimização do desempenho, sem contudo, engessar o processo de trabalho. As especificidades do saber técnico estariam, portanto, sujeitas ao contexto singular de saúde. Para Campos (2010, p. 2341) “o exercício do trabalho, segundo a lógica da práxis, depende de sujeitos trabalhadores com importante grau de autonomia e de responsabilidade com o outro e com as instituições”.

Justamente, o último aspecto descrito por Peduzzi (2001), para qualificar uma equipe multiprofissional, diz respeito à autonomia técnica. Nas equipes do tipo integração, a autonomia técnica é interdependente da autonomia técnica do conjunto dos agentes, pelo seu caráter de trabalho coletivo com tomada de decisão conjunta e projetos comuns. Ou seja,

embora os agentes possuam autonomia técnica própria das suas especificidades, constroem espaços de intercâmbio abrindo caminho para decisões compartilhadas.

Nas equipes pesquisadas, a **abertura permanente de espaços de autonomia técnica interdependente** constitui-se, claramente, em uma potencialidade poderosa das equipes, à medida que abre portas para modos de fazer mais comprometidos, críticos e criativos.

Tais espaços foram percebidos na descrição cotidiana de tomada de decisão realizada pelos trabalhadores, seja no dia a dia do trabalho de maneira difusa e informal seja no relato de reuniões de equipe que, na maior parte das vezes, acontecem de forma esporádica e/ou irregular.

R [dentista]: a gente tem muito assim, uma ligação, não tem muito assim a enfermeira tem uma forma de pensar, a auxiliar tem outra, a dentista tem outra, e o médico tem outra. Apesar de serem três equipes, a gente consegue ter o mesmo mecanismo de trabalho, sabe, a gente tem uma equipe mesmo, e até a outra equipe que, no caso, eu trabalho com duas equipes, que a odontologia de Maceió ainda tem essa realidade de um dentista pra duas equipes, mas até a terceira equipe que não tá aqui, mas que eu sou dentista, a gente consegue ter esse vínculo. Eu tenho oportunidade de ir pra outras unidades, por conta do trabalho que eu faço, e eu observo que às vezes, quando eu vou conversar com uma enfermeira, é uma forma de trabalhar, aí a outra enfermeira, na mesma unidade, já tem outra forma, aí isso acaba atrapalhando o funcionamento da coisa. E aqui não, o que a enfermeira R faz, a enfermeira K faz, a enfermeira C faz, cada uma com seu jeito, com a sua habilidade.

Pesquisadora: e vocês têm momentos assim, de reuniões entre vocês pra poder afinar isso?

R [enfermeira]: temos entre a equipe, cada equipe faz a sua reunião, e uma vez por mês a gente senta, quando a gente vai fazer a produção e tudo, a gente senta pra conversar com todas as equipes.

Pesquisadora: ah, entendi. Essa reunião por equipe, ela acontece com que frequência?

R [enfermeira]: mensalmente, e por equipe, quando tem necessidade, ou de 15 em 15 dias.

Pesquisadora: e geralmente vocês discutem o quê nessas reuniões de equipe?

R [enfermeira]: o andamento do trabalho da equipe, quando falta médico a gente tem que se juntar pra...

H [ACS]: a nossa equipe tá sem médico, aí a gente tá com uma dificuldade enorme (Equipe 4).

Pesquisadora: vocês fazem atividades interdisciplinares entre a equipe?

R [médica]: assistência não, mas promoção sim! Com o enfermeiro, o médico, os agentes de saúde, a odontologia, os auxiliares de enfermagem.

Pesquisadora: pena que a odontóloga não tá aqui.

E [técnica de enfermagem]: em todas as reuniões profissionais ela está sempre presente.

P [ACS]: tem a reunião só da gente. Né?

Pesquisadora: como que é essa reunião?

R [enfermeira]: e tem a educação continuada.

R [médica]: tem a educação continuada. Com duas finalidades... A finalidade maior é a sintonia, né? Como eu não estou na área todos os dias, eu preciso saber dessas informações... nesse momento, o

agente de saúde me passa me atualiza as informações, a situação da área, assim como passa para a R e a dentista. E a principal finalidade também é a questão da educação continuada. A gente sempre traz temas, do interesse de todos... E aí faz uma roda de conversa, extremamente informal. Todo mundo fica discutindo.

R [médica]: tudo que tem de novo, a gente discute...

Pesquisadora: há quanto tempo estão fazendo esses encontros?

R [enfermeira]: desde que a gente começou. Pó que é assim: o agente de saúde ele tem que tá atualizado. Como é que ele vai saber que aquele cartão de vacina tem atraso se ele não conhece vacina, não sabe aprazar? Então ele tem que ter noção, tem que saber vacina também. Ele tem que ter uma carga de conhecimento também. Às vezes eu digo a eles, “vocês têm que estudar”. Por que quando eles chegaram aqui eles não eram da saúde. Só a P que é farmacêutica e a L, que era do serviço de saúde pública. Então a primeira informação que eu digo é “vocês tem que estudar, e muito!”. Por que vocês não vão para a comunidade dar informações sem ter conhecimento. E tudo que tem de cursos, tem cursos também na secretaria para os agentes de saúde, oferece cursos sobre tabagismo, sobre hipertensão... sobre ... e tudo a gente tem que tá passando (Equipe10).

Com essa capacidade crítica, os trabalhadores buscam estratégias criativas para tomada de decisão sobre problemas complexos, muitas vezes com impossibilidade de solução na AB. Os relatos apontam para uma preocupação em avaliar necessidades e estabelecer prioridades, sempre voltados para as questões clínicas. A tomada de decisão é marcada pela verticalidade das relações e se concentra nos profissionais de nível universitário da equipe básica da ESF, embora ela também seja exercida pelos demais integrantes. Eles relatam tomarem a decisão amparados no saber técnico de sua profissão, na história do usuário e nas condições de trabalho que lhe são apresentadas. Muitas vezes, contam com a avaliação do colega do mesmo grau de escolaridade para opinião clínica sobre determinado caso. Nas situações em que precisam conhecer mais da vida ou da história do usuário, recorrem aos ACSs e técnicos de enfermagem.

Pesquisadora: A e J também decidem, pelo que vocês colocaram. Vocês recepcionam e vocês decidem muitas vezes se vai... se não vai ser, se vai encaminhar pra uma outra unidade de emergência... falem um pouquinho dessa decisão de vocês. Vocês tomam essa decisão baseadas em quê?

[a Enfermeira aponta para J, para que ela fale]

J [técnica de enfermagem]: na história do paciente. Vamos dizer que a mãe disse que a criança passou a noite com febre, se realmente tiver, mas às vezes não tá, e a mãe diz “passou a noite”, como eu tenho criança eu sei, ela disse que ela passou a noite, mas eu dei o remédio e a temperatura baixou, aí dependendo do caso, se o médico puder atender, a gente encaminha pra ele. Mas se não der... como nesse caso que a criança é da escola, como o pessoal da escola também tem esse privilégio de ser atendido aqui, a mãe diz que ela passou a noite com febre e vomitando, aí eu digo “olhe, se ela começar a ter febre, e começar a vomitar, aí tem que mandar pra o lugar tal”. É mais ou menos assim, o sistema (Equipe 6).

A título de fechamento desta temática, inferimos que o trabalho das equipes está marcado pela divisão técnica do trabalho, que se sustenta ainda por relações desiguais de mando e

subordinação, numa lógica construída para atender o modelo normativo de programas da ESF, legitimado pelo modelo hegemônico biomédico. Entretanto, mediante a reflexão sobre os pontos de contradição que se evidenciaram no contexto das relações objetivas e subjetivas de trabalho, analisadas no estudo, conseguimos destacar potencialidades importantes no trabalho das equipes que, numa perspectiva de valorização do agir comunicativo e da integração de seus agentes, colaboram na produção de novos modos de fazer, com exercício da crítica e da criatividade no processo de decisão. Tais tentativas de mudança estão conformadas ao modelo fragmentado que se impõe às equipes, numa lógica normativa e voltada para a doença, entretanto, as relações intersubjetivas presentes nas equipes parecem contribuir com práticas que burlam o instituído, incorporando novos fazeres e novos valores difusos no cotidiano.

Destacamos esses novos fazeres e valores como potencialidades de reconfiguração do modelo de atenção, que se manifestam nos trabalhadores como: valorização do trabalho em equipe; grande capacidade de comunicação e articulação dos trabalhadores; capacidade crítica e criativa para lidar com problemas cotidianos; construção coletiva de miniprojetos paralelos, principalmente de promoção e proteção à saúde; valorização da investigação científica como instrumento e trabalho; utilização estratégica da intersetorialidade e interdisciplinaridade e abertura permanente de espaços de autonomia técnica.

Tais potencialidades traduzem preocupação constante da equipe em dar resposta aos problemas, aumentando a resolubilidade do serviço. Todos esses rearranjos que são construídos no cotidiano, que fogem do instituído, estão marcados pela improvisação e informalidade. É como se houvesse um corpo de ações necessárias que as equipes se responsabilizam sem amparo institucional. Parcerias são estabelecidas, projetos são elaborados, estratégias que se desdobram dos programas estabelecidos, mas vão além deles, e se desenrolam no campo da informalidade.

7.2 Em busca da resolubilidade: informalidade como linha de fuga do trabalho em saúde

A necessidade dos trabalhadores em lançar mão de estratégias não formais, ou seja, daquelas que são estabelecidas fora do contexto institucional, parece estar relacionada a um compromisso em se alcançar resultados que vão além daqueles previamente estabelecidos como parâmetro pelos gestores da saúde.

A discussão sobre resolubilidade nos remete à ideia de avaliação em saúde. Tradicionalmente, a avaliação em saúde acontece comparando-se e/ou medindo-se os indicadores de saúde e verificando além da satisfação do usuário os resultados e seu impacto sobre o aspecto objeto de avaliação. Silva e Formigli (1994) descrevem atributos referentes às práticas de saúde que são utilizados na avaliação de serviços:

a) relacionados com a disponibilidade e distribuição social dos recursos (cobertura, acessibilidade e equidade); b) relacionados com o efeito das ações e práticas de saúde implementadas (eficácia, efetividade e impacto); c) relacionados com os custos das ações (eficiência); d) relacionados com a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente (qualidade técnico-científica); e) relacionados à percepção dos usuários sobre as práticas (satisfação dos usuários, aceitabilidade) (SILVA; FORMIGLI, 1994, p.81).

Em estudo mais recente (TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008) a respeito da percepção da população da região sudoeste da Grande São Paulo sobre a resolubilidade dos serviços de saúde, discute-se que as diferentes abordagens sobre o tema dependem de quem avalia e o que se avalia em dado momento. Os autores definem que, de maneira geral, a resolubilidade pode envolver questões ligadas à satisfação do usuário, à demanda, às tecnologias utilizadas nos serviços, à acessibilidade, ao sistema de referência, à formação dos trabalhadores, às necessidades de saúde da população e aos aspectos socioeconômicos e culturais dos usuários.

Tais atributos são comumente utilizados na avaliação quantitativa de serviços e sistemas de saúde e podem ser percebidos como referência para os trabalhadores pesquisados quando esses discutem a resolubilidade do trabalho desenvolvido em seu cotidiano. Entretanto, ao olharmos para a micropolítica do trabalho vivo em saúde, visualizamos que outros elementos podem ser avaliados qualitativamente, que se compõem com os atributos clássicos da avaliação em saúde, adquirindo novos contornos. Nesse sentido, para análise desse tópico, utilizaremos como referência, para discussão da resolubilidade abordada pelos trabalhadores, o reconhecimento do trabalho como produção subjetiva, de maneira que a construção e qualificação da resolubilidade estão fundamentadas nessa perspectiva intersubjetiva (FRANCO, MERHY, 2012b; MERHY, 2007).

As relações subjetivas estabelecidas pelos trabalhadores em seu processo de trabalho despertam desejos e motivações que movem o trabalho vivo, em uma rede de informalidade criada no cotidiano das equipes de saúde (FRANCO; MERHY, 2012b; MERHY, 2007). Tal rede relacional, marcada pela liberdade do trabalho vivo em ato, é construída tendo em vista

certa finalidade (que se configurará também como os “miniprojetos” comuns¹¹), que é compartilhada pelos diversos sujeitos envolvidos.

Os trabalhadores estão imersos em uma realidade social na qual estabelecem múltiplas relações e ações, objetivas e subjetivas. A partir de uma finalidade, tomam objetos e constroem projetos amparados na análise de uma dada realidade social, inspirando-os a usar dos instrumentos apropriados. Segundo Merhy (2007), tais instrumentos do trabalho em saúde podem ser entendidos como tecnologias em saúde. As tecnologias são construídas e definidas no processo do trabalho vivo em ato, de maneira a refletir os valores e intenções dos sujeitos, demarcando o modelo de atenção. Pela natureza do objeto de trabalho da saúde, esse não pode ser totalmente capturado pela lógica do trabalho morto (fortemente estruturado), visto que seu processo envolve relações intersubjetivas que vão além dos saberes tecnológicos estruturados. Nesse sentido, o autor classifica as tecnologias em duras, leve-duras e leves. Tecnologia dura diz respeito aos maquinários, equipamentos, protocolos e materiais concretos utilizados no trabalho, tecnologia leve-dura são os conhecimentos técnicos e científicos estruturados, utilizados na condução do trabalho, e tecnologia leve está relacionada ao plano de relações de afeto e vínculo construídas no cotidiano.

De acordo com a finalidade posta para o trabalho, diferentes tecnologias podem ser utilizadas e combinadas para o alcance de determinado resultado, garantindo, assim, a resolubilidade do serviço. Na saúde, o resultado que se espera quando se considera a qualidade de processos de trabalhos desenvolvidos no âmbito do SUS é uma atenção humanizada, integral que redunde em melhor qualidade de vida para a população. Sendo assim, o uso combinado de diferentes tecnologias será necessário. Quando pensamos na potencialidade criativa do trabalho vivo em ato, inferimos também que a liberdade do fazer cotidiano desenhará diferentes caminhos nesse processo. Neste estudo, **a informalidade aparece como um caminho** ou, ainda, como um atalho, sempre presente.

Para Merhy (2007), o cotidiano é um processo permanentemente em construção, em que os sujeitos se encontram, manifestam seus desejos e desenham projetos dentro de um determinado cenário que está repleto de ruídos e falhas, de maneira que o instituído vive em permanente conflito com o instituinte. Existe um mundo de significações no cenário instituído onde os trabalhadores se encontram. Esse mundo é regido por normas, regras, valores e conhecimentos próprios que são partilhados pelos trabalhadores que convivem no cotidiano de um serviço de saúde. Entretanto, a singularidade de cada indivíduo produzirá diferentes

¹¹Discutidos no tópico anterior.

significações para tais elementos instituídos e, ainda, os encontros intercessores das singularidades produzirão outras significações que fogem do que está instituído. Essas linhas de fuga, construídas pelas singularidades, e entre elas abrem margem para o desenvolvimento de novos instituídos, que consiste na própria força do instituinte na criação de novos trajetos. Cabe mais uma vez frisar que o instituinte se faz como processo sem nenhuma valoração positiva ou negativa *a priori*.

Neste estudo, utilizamos a ideia da resolubilidade como a busca de um produto do trabalho de sujeitos com diferentes singularidades, que produzem, dentro de um cenário instituído, linhas de fuga que contribuem para o alcance de certa finalidade, utilizando para isso tecnologias apropriadas dentro do contexto de significações por eles construídas e compartilhadas.

Nesse sentido, o nosso olhar para os relatos dos trabalhadores entrevistados a respeito da resolubilidade nos remetem sempre para a dobra do cotidiano: convivência conflituosa entre o que está instituído (formal) e as linhas de fuga mediadas pelo instituinte (informal).

A análise que escolhemos, portanto, busca trazer as significações trazidas pelos sujeitos nesse processo, destacando as linhas de fuga produzidas e as tecnologias escolhidas, onde entendemos se localizar a potencialidade do processo de trabalho para mudança positiva do modelo de atenção. Cabe lembrar que compreendemos que a construção de linhas de fuga será mais ou menos intensa ou desviante quanto maior ou menor for a capacidade crítica e criativa do trabalhador.

Ao analisar o cenário instituído do qual fazem parte, os trabalhadores abordaram a resolubilidade do serviço como uma preocupação constante no processo de trabalho. As falas apontam para o compartilhamento da crença que a ESF, funcionando em sua máxima capacidade de resolver de 80 a 90% dos problemas de saúde. Aqui cabe entender o que as equipes estão chamando de “resolubilidade”. Os relatos associam resolubilidade a conquistas no cotidiano do trabalho, que se relacionam essencialmente à satisfação do usuário com a atenção desenvolvida pela equipe e ao impacto do trabalho nos indicadores de saúde do território adstrito.

R [dentista]: e assim, esse caso da escabiose infectada, ela falou aí a verdade, eu já tinha até comentado sobre isso, porque como eu tenho 14 anos aqui, são doenças, assim, que com o tempo esse PSF, como praticamente é a mesma equipe, e como a gente sabe que faz um trabalho que tem resolutividade, a gente conseguiu praticamente acabar com a escabiose aqui, mas a gente tinha muito aqui. A gente tinha, eu, por exemplo, na odontologia, tinha casos de cárie de mamadeira, que são as cáries que dão em crianças pequenas, de dois três anos de idade, que atingem todos os dentes, e era uma coisa, que enquanto eu era dentista de demanda, antes quando eu fazia PSF, eu via isso direto,

direto, e assim, pra gente é angustiante, e a gente vê assim, que com esse tipo de trabalho, que a gente faz um trabalho com os bebês também, do nascimento até a fase escolar, consegui praticamente, vamos dizer assim que 100%. Os casos de cárie de mamadeira que a gente tem são crianças que vêm de outros lugares e que estão morando aqui, né, porque a gente tem também essa realidade, a gente nunca pode estar com uma coisa 100% porque a gente tem uma comunidade que se muda. Mas as nossas crianças, as daqui mesmo, elas não têm. E o caso da escabiose, eu acho que quando chega um caso de escabiose aqui são pessoas de fora, que vieram morar aqui agora. A gente conseguiu exterminar muitas doenças.

G [auxiliar de enfermagem]: a gente fala da escabiose, mas tem também o caso dos picos hipertensivos, né, diminuiu bastante...

R [dentista]: os picos hipertensivos diminuíram bastante. (Equipe 4)

J [médico]: mas eu considero que quando eu entendo o que ele quer desde quando começa com o agente, na realidade ele sai razoavelmente satisfeito se ele passou por uma consulta, e saiu com alguma receita que ele queria, ou com a solicitação de algum exame, ou ele saiu com algum encaminhamento, e é nessa continuidade que a gente tem dificuldades, lógico que a gente consegue encaminhamento, medicamento, agendar... mas quando a gente precisa do encaminhamento pra o nível secundário, a gente esbarra de novo na dificuldade de marcação do sistema de regulação (Equipe 12).

Para alcance do que entendem ser resolubilidade, as equipes descrevem um contexto de profundas carências e falhas do sistema que dificulta o cotidiano do trabalho, diminuindo sua capacidade resolutiva. Segundo os trabalhadores, esse contexto desfavorável se dá relacionado a três esferas: à situação da própria comunidade, às condições de trabalho na ESF e à organização da rede de atenção à saúde do município. A seguir, nos deteremos em cada esfera para discutir como a **críticidade** e a **criatividade** do trabalhador, para situações que remetem à resolubilidade do trabalho, o estão aproximando ou distanciando de um modelo de atenção amparado pelos princípios do SUS.

Em *relação à comunidade*, os trabalhadores mencionam que a situação de grave vulnerabilidade social em que se encontram as populações adstritas à ESF interfere negativamente no potencial de resolução dos serviços prestados. Ou seja, a **percepção crítica do trabalhador sobre o território** evidencia uma significação do processo saúde-doença que vai além da fisiologia do corpo, de maneira que aspectos sociais são destacados como pontos-chave para resolubilidade das práticas. As condições econômicas e sociais de baixa renda, desemprego, pobreza, falta de acesso à educação formal, violência, alcoolismo e narcotráfico foram citadas como empecilhos à resolução dos problemas, na medida em que interferem negativamente na evolução e controle de doenças e agravos. Além disso, os hábitos e a cultura das comunidades também foram mencionados como limitantes da capacidade de resolubilidade pelo enraizamento de costumes e crenças que dificultam a adesão das pessoas a hábitos saudáveis de vida. Os trabalhadores relatam que usuários ainda possuem uma visão

muito curativa do processo saúde/doença, demandando, frequentemente, atendimentos especializados que não são resolvidos na APS, situação que interfere na resolubilidade.

R [médica]: percebo sim. Tem muitos hipertensos e diabéticos na área, a gente percebe que a descompensação das doenças estão ligadas a questões sociais, como, por exemplo: a gente orienta que tem que tomar o remédio, mas a gente também orienta com relação à alimentação, e a alimentação geralmente não é seguida porque a oferta pra eles não é de acordo com as orientações, e aí eles fazem uso da alimentação que dispõem, e que muitas vezes não é a adequada. E na questão social também entra o que a Fulana falou, que é a questão das perdas, da violência que é muito presente... a violência é vizinha deles, e muitas vezes está dentro da casa deles! Então isso também interfere diretamente na doença deles. Às vezes o paciente que é hipertenso ou diabético, e ele não faz uso adequado da medicação, e aí ele está lidando com a violência dentro de casa, e isso colabora de forma desfavorável para a evolução da doença deles. E a questão que as meninas já falaram é isso, a procura do acolhimento, da escuta, vem confidenciar alguma coisa que lá na região ele não pode falar, e com a gente ele tem um vínculo melhor, e pra gente ele pode falar isso com mais tranquilidade. Então é isso, a questão social interfere diretamente nas nossas consultas (Equipe 11).

A percepção crítica sobre a situação de vida da comunidade e como essa interfere no processo saúde/doença parece provocar no trabalhador, concomitante à visão ampliada de saúde, a valorização de estratégias que vão além daquelas instituídas, como o acolhimento e a escuta. A referência ao acolhimento no contexto do SUS está presente na Política Nacional da Humanização (PNH) (BRASIL, 2004b), envolvendo arranjos que buscam fortalecer o papel da ABS/APS como porta de entrada do sistema e favoreçam o exercício da equidade e integralidade do cuidado, na medida em que implica a avaliação de risco e vulnerabilidade, com eleição de prioridades a partir de uma avaliação de necessidades clínicas, epidemiológicas e psicossociais (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010). Os autores destacam que se trata de estratégia complexa que exige uma mudança ética, política e de gestão dos serviços, envolvendo pactuação de nova agenda de trabalho da equipe, educação permanente e abertura contínua dos trabalhadores para compartilhamento de decisões e responsabilidades. Assim, o acolhimento constitui-se em estratégia que busca qualificar e ampliar a resolubilidade da AB/APS, na medida que tem potência para melhorar o acesso, viabilizar a equidade e a integralidade da atenção, ou seja, contribuir para a mudança do modelo de atenção.

Nas equipes estudadas, a **prática do acolhimento é informal**, não sendo reconhecida como uma ação de saúde presente no cardápio do serviço, entretanto, é mencionada por todos os grupos e se mostra difusa no cotidiano como tecnologia (leve) que auxilia na resolubilidade de necessidades complexas que vão além da patologia. Não há relatos de mudanças na organização do trabalho para a prática do acolhimento, porém ele está presente no discurso como prática relevante e necessária em vários momentos do cuidado, sempre informalmente.

Sobre as *condições de trabalho*, muitos problemas foram levantados relativos às inadequações das tecnologias duras de trabalho: deficiência da infraestrutura; falta de provisão de materiais, insumos e medicamentos; ausência de manutenção de equipamentos e alguns casos de falta de profissional da equipe básica (especialmente médico e dentista). Tais reclamações foram comuns a todas as equipes entrevistadas e foram apontadas como fatores altamente limitantes no alcance dos resultados. As equipes de saúde bucal, pela complexidade tecnológica de seus instrumentos de trabalho e alta demanda por atendimento, são as mais atingidas pelas carências e inadequações das condições materiais e humanas de trabalho.

Pesquisadora: e o que é que dificulta?

C [dentista]: agora tá faltando analgésico. Se ele vier pra mim amanhã, eu vou ter que fazer um outro procedimento. Aí a gente tenta conversar, eu nunca deixo de atender. Eu tenho que fazer uma outra coisa, tento fazer uma limpeza, uma raspagem. Mas se ele tiver com dor...

Pesquisadora: mas de uma maneira geral ele [o usuário] sai satisfeito?

C [dentista]: de uma maneira geral, se ele tiver o problema solucionado, sai satisfeito.

Pesquisadora: e na maior parte das vezes você consegue resolver?

C [dentista]: se tiver material... Agora teve uma compra emergencial, e tem. Agora assim, vieram duas caixas de anestésicos e como são 4 dentistas, aí acaba acabando mais rápido.

H [médico]: isso aí cai naquela teoria que a gente batia tanto. O que é o PSF? Uma das coisas básicas do PSF se chama PLANEJAMENTO. Aqui a gente planeja o que vai fazer, aí deixa de fazer porque lá faltou material. Se alguma coisa faltou ou sobrou, faltou planejamento. A gente foi treinado nisso (Equipe 6).

D [dentista]: pela capacidade física instalada na unidade eu não tenho nem como atender muita gente, eu não posso dar aos agentes de saúde, porque a gente tem 10 agentes de saúde e eu aqui só posso atender 5 pacientes por dia, porque fica dividindo entre eu e a outra os materiais, então a gente não pode atender muito... a gente não esteriliza aqui os instrumentais. Então nós temos utilizado também os grupos, a gente tem aqui o de gestantes, o de Hiperdia, e até nas escolas, pra poder aumentar a demanda, pra não esperar que só eles venham até a gente [...] Uma coisa que eu vejo aqui, que a gente faz um levantamento epidemiológico de quatro em quatro anos, a gente vai de casa em casa, e é absurda a quantidade de gente que tem a doença cárie aqui na comunidade, por mais que a gente trabalhe prevenção. E quem decide se o paciente vai ser atendido aqui ou fora, sou eu mesmo. Muitas vezes a gente manda pra fora porque a gente não tem condições de atender aqui, pois a odontologia depende de muita coisa profissional, então tá sempre faltando algum material... a gente faz o pedido e nunca chega. Então fica uma demanda reprimida muito grande e a gente acaba mandando pra outros lugares, como, por exemplo, a Ufal, a gente usa muito o serviço da Ufal de odontologia, porque os acadêmicos atendem, aí eu mando muito pra lá a demanda reprimida (Equipe 13).

Nos relatos acima, fica evidente que a falta de tecnologias duras para realização do trabalho interfere negativamente nos atendimentos individuais e no planejamento da equipe de Saúde da Família, que, segundo o médico entrevistado, é uma atividade básica do cotidiano do trabalho. Ou seja, as dificuldades encontradas de carência de materiais para o trabalho atingem diretamente a capacidade de planejamento e de ação da equipe. No relato do dentista

da Equipe 13, a escassez de recursos básicos restringe sua capacidade de atendimento, conduzindo-o para uma adaptação de sua rotina. Nesse ponto, o trabalhador redireciona o seu trabalho investindo mais intensamente no trabalho preventivo junto aos grupos educativos desenvolvidos na USF e redirecionando parte da demanda para a universidade.

Os relatos com frequência apontam para uma situação de carência de apoio da gestão municipal na solução de problemas básicos de recursos materiais que as unidades enfrentam, de maneira que esses arranjos e improvisos são uma constante no cotidiano dos trabalhadores. Essa situação, por um lado, gera um sentimento latente de insatisfação dos profissionais e da comunidade, e, por outro, estimula na equipe uma capacidade contínua para buscar soluções criativas para as insuficiências que se apresentam. Além das adaptações na agenda e da busca de parceiros para contornar o problema, diversas outras estratégias foram citadas nos diferentes grupos: utilizar recursos próprios para minimizar carências materiais, como a realização de “vaquinha” para comprar material faltante na unidade; dar “jeitinho” para situações em que equipamento está quebrado, como usar autoclave de outra unidade; cobrir ausência de integrante da equipe elaborando estratégias para que a comunidade não fique totalmente descoberta daquele tipo de atendimento; usar carro próprio para buscar medicamentos e vacinas em outra unidade, dentre outros.

M [enfermeira]: e também assim, independente até desses problemas, eu acho que já tava num desgaste muito grande, então a impressão que dava é que não tava existindo nenhum problema na nossa geladeira, então assim, houve um problema na nossa geladeira, nós fizemos nossa parte, enviamos um memorando pra secretaria municipal, né? A secretaria tinha enviado um técnico... enviou algumas vezes, mas esse técnico não tem resolvido o problema da geladeira, então assim, o que é que acontece, a gente também se desgastou, Fulana colocou muito bem, já essa questão de ter que pegar vacina no início do dia, deixar no final do dia, né? Então a gente acaba atrapalhando até as nossas atividades aqui da unidade, entendeu? E assim, e a impressão que tínhamos é que a secretaria também tava muito à vontade, entendeu? Então se a geladeira tá com problema, mas o serviço continua funcionando...

S [ACS]: pra eles tava bom demais!

M [enfermeira]: se a geladeira tá com problema, mas o serviço continua funcionando, não existe problema! Tá entendendo? Aí a gente chegou num ponto de desgaste mesmo, eu já assim, mesmo encontrando a unidade de saúde fechada, mas pra mim o ponto crucial foi o desgaste mesmo. Já não aguentava mais chegar aqui de manhã deixar o pessoal, não, começava a atender porque eu ia pegar a vacina, no final do dia nós estávamos atendendo, aí ficávamos conversando uma com a outra, quem vai levar a vacina? Quem vai levar? Porque todo mundo atendendo, né? Alguém tinha que deixar de atender pra deixar essa vacina... (Equipe 1).

Entretanto, como observado na fala da enfermeira da Equipe 1, os trabalhadores se mostram críticos a essa realidade, por entender que, ao buscarem saídas informais para problemas que são de responsabilidade da gestão municipal, como a manutenção da geladeira

da vacina ou a contratação de médico para a equipe, estão contribuindo para a inoperância da gestão.

As linhas de fuga construídas pelos trabalhadores para minimizar as dificuldades encontradas nas condições de trabalho parecem provocar três reações dialeticamente relacionadas: desgaste e desmotivação do trabalhador, ao atingir sua rotina de produção e afetar a resolubilidade do serviço ofertado; incitação da sua capacidade crítica sobre a responsabilidade da gestão municipal nesse processo; e estímulo da sua capacidade de improvisação e articulação na busca por soluções informais.

A *organização e articulação da rede de serviços especializados de saúde* foi o aspecto mais mencionado e discutido pelas equipes com impacto negativo na resolubilidade dos serviços. Os trabalhadores foram unânimes em afirmar que o sistema de referência e contrarreferência da rede municipal não funciona e que a Central de Regulação dos Serviços de Saúde em Alagoas (Cora), responsável pelo encaminhamento dos usuários aos níveis de atenção, não conta com número suficiente de vagas para as especialidades requisitadas pela demanda, o que configura uma situação de grave impacto na resolubilidade para os problemas que se apresentam na APS. Isso porque as equipes detectam doenças e agravos diversos na comunidade, que requerem atendimento especializado para que se consiga prover atenção integral e contínua, tendo em vista a proteção e recuperação da saúde das pessoas. Vale lembrar que, conforme identificado na primeira fase do presente estudo, os indicadores de saúde de Maceió deflagram uma população bastante carente e adoecida, o que requer a provisão de uma rede completa e integrada de atenção que consiga dar resolubilidade para a complexidade que se apresenta.

A [ACS]: é como todo mundo já colocou nessa questão da saída, o que cria revolta nesse paciente é a questão do Cora, porque não adianta nada o paciente chegar aqui hoje com um problema e a gente fazer todo o atendimento e os encaminhamentos, a parte de prevenção ser cumprida, a parte da assistência de enfermagem ser cumprida, a enfermeira cumprir a parte dela, a médica cumprir a parte dela, chega no final o paciente sai da sala e vai pra o Cora, vem amanhã, 7h 30 da manhã, e não tem vaga, vem semana que vem, não tem vaga e isso se repete um mês, dois, três, um ano, dois anos, e o paciente não consegue fazer um exame simples que ele precisava naquele dia. E isso, muitas vezes, as pessoas desistem até de vir, quando fica aí a marcação, consegue marcar, e a pessoa perde porque já desistiu de vir todos os dias, todos os dias, todos os dias. Isso é uma coisa que está prejudicando muito a saúde desse lugar.

E [técnica de enfermagem]: existem outras experiências, né, em outras unidades, assim, mas realmente foge muito da realidade da maioria. Existem unidades de saúde que fazem a marcação de Cora e pedem o telefone, e quando tá marcado liga, avisa, manda uma mensagem pela internet, mas não é a nossa realidade ainda. Existem unidades de saúde em que o funcionário fica marcando o CORA usando a internet de casa, aí ele fica em casa aquele horário porque sabe que tem que tá 10 para as 7 já com o telefone lá marcando (Equipe 3).

B [dentista]: outra falha é que é marcado pela Internet, a gente não tem internet, então o que acontece, a Fulana que é uma funcionária nossa leva os exames pra casa dela, usa a internet dela e outra coisa

como é que eles colocam um sistema se a unidade não tem nem computador? Qual unidade que tem computador?

N [médica]: mas tem umas que tem e isso a culpa é nossa, porque foi assim foi um compromisso que o Ministério da parte da faculdade daria os computadores e a secretaria ia implantar, como na secretaria tudo é devagar e nada funciona, o computador chega e a internet não chega.

J [ACS]: Pesquisadora, outro problema também desta descentralização e verticalização é pra onde estão indo os exames, é cada laboratório longe, não sabem onde ficam, o usuário não tem passagem, só conhece o Pronto Atendimento Y ou Z, aí marcam na Praça tal, sabe onde é a Praça tal? Praça X? Que praça é essa? A mãe do menino me perguntou se era aquela praça que tinha um homem com um cavalo, eu disse é essa mesmo.

I [técnica de enfermagem]: e às vezes acontece de agendar todos os pacientes pro mesmo dia e pro mesmo horário (Equipe 2).

E [técnica de enfermagem]: tudo o que foi dito aqui, todo mundo colocou um pouco da sua realidade, as dificuldades que a gente sente na saúde pública é a referência, a contrarreferência, a manutenção que a gente não tem; o respaldo que a gente precisa e não tem. Porque não adianta, a gente encaminha o paciente, tem esse trabalho, mas o paciente não consegue chegar lá, aí retorna e o problema não foi resolvido.

R [enfermeira]: e quando consegue, é como a doutora disse, a gente pede a alguns estudantes, é como se fosse um favor, não é um direito que a gente tem, não é institucional, é informal. Então a gente aproveita os estudantes de medicina da Ufal, porque eles vão estar lá no dia que eles falaram, no ambulatório, quer dizer a gente manda o paciente no dia que o estudante vai estar fazendo ambulatório na Ufal, e ele tem que encontrar o estudante! Porque se ele não encontrar o estudante que disse que iria ajudar a ele, ninguém ajuda, e ele volta sem reposta. E aí o estudante vai pedir um favor ao professor dele que tá auxiliando ele no ambulatório, pra encaixar esse paciente... é desse jeito que a gente trabalha. É trabalhoso e difícil! Eu espero que essa sua tese aí nos ajude e resolva em alguma coisa pra gente melhorar (Equipe 11).

As equipes manifestaram recorrentemente uma percepção crítica de que a resolubilidade do trabalho da ESF depende de uma rede de atenção integrada, de maneira que a falha nos demais níveis de atenção afeta a continuidade da atenção na APS, e fundamentalmente a perspectiva da integralidade da atenção, visto que essa só se completa numa construção em rede (CECILIO, 1997). Essa situação parece revoltar intensamente as equipes, pois sempre que o assunto era abordado nos GPs, havia uma comoção do grupo com discursos inflamados, pessoas falando ao mesmo tempo e um clima generalizado de revolta e insatisfação.

Conforme observado nas falas, mais uma vez os trabalhadores contornam a deficiência do sistema de referência através do “jeitinho” e do improviso. A busca por **parcerias informais com outras instituições** aparece ainda mais evidente, principalmente com a universidade pública do Estado. A deficiência da rede parece ser tão profunda que as soluções informais se configuram não como uma alternativa possível, mas como a única possibilidade encontrada pelo trabalhador em busca da resolubilidade do seu trabalho.

Um cenário um pouco mais favorável foi relatado por aquelas unidades de saúde ditas “mistas”, ou seja, onde atuam equipes de saúde da família com equipes de médicos especialistas que atendem demanda espontânea e, em algumas situações, atendem também urgências (Pronto Atendimento). Tais equipes relataram um papel duplo do convívio com mais de um modelo assistencial na mesma UBS. Por um lado, há relatos de que a coexistência de modelos confunde a população e os próprios trabalhadores que desenvolvem trabalhos com projetos e públicos diferentes, de maneira que conflitos e situações de tensão estão presentes.

A [ACS]: as pessoas da própria unidade se negam a dar informações a respeito do PSF, se negam a prestar atendimentos à comunidade relativa a PSF, então isso gera um conflito muito grande. Então normalmente as pessoas procuram os Agentes de Saúde. Como à tarde cada dia tem um agente responsável pela marcação, se torna mais fácil por conta disso. E de manhã, normalmente nós ficamos aqui até umas 8h 40 a 15 para as 5h já por conta disso, pra os pacientes que vêm procurar a gente e estamos sempre aqui pra dar uma informação ou algum encaminhamento (Equipe 3).

Entretanto, por outro lado, os relatos destacaram com maior força que a presença de especialista no mesmo espaço físico da equipe de Saúde da Família ameniza a dificuldade encontrada na marcação pela Cora, visto que arranjos e parcerias podem ser feitos com os profissionais especialistas da própria unidade.

R [médica]: [...] e a unidade de saúde é uma unidade com três modelos assistenciais: o pronto atendimento, a Estratégia Saúde da Família e a demanda espontânea, que não é a melhor coisa de acontecer, porque o Ministério da Saúde preconiza que cada unidade de saúde tenha o seu público-alvo. Mas, por outro lado, o fato de nós estarmos junto com a demanda espontânea, a gente tem especialistas, tem psiquiatria na casa, tem psicólogos na casa, então a gente consegue conduzir esses pacientes com maior necessidade para especialistas.

R [enfermeira]: poucas gestões questionam porque é que tem três sistemas, o PSF, o PA, e a demanda espontânea... e eu acho que se a gente tivesse uma boa estrutura, a gente tinha uma resposta muito boa, porque como a gente tem aqui dentro muita especialidade, a gente não precisa recorrer ao Cora, que tá uma coisa terrível! Porque o paciente chega aqui pra marcar uma consulta, marcar um exame, marcar pra daqui a uns 15 dias, 2, 3 meses... o especialista, neurologista, não consegue mesmo! Tem especialista que a gente não consegue! E como a gente tem aqui o ginecologista, o reumatologista, a colposcopia, psiquiatria, assistente social, tem umas 4 psicólogas...

Pesquisadora: e vocês conseguem de maneira articulada?

R [enfermeira]: sim! Por exemplo, tem uma paciente minha que veio com NIC III, a Rsabe quem é, e eu já consegui marcar pra fazer a colposcopia aqui mesmo! E ela já veio, já fez a colposcopia... então eu acho que a gente consegue muita coisa aqui, que outros PSF não conseguem! Tem colegas minhas que é do bairro X, que é do bairro Y, que liga “Enfermeira R, você consegue uma consulta psiquiátrica?”. Porque ele sabe que se for pra o Cora, vai demorar muito! Um cara que tá com crise hoje, esperar uma consulta pra um mês... aí com um jeitinho aqui a gente consegue com mais facilidade do que com o Cora.

Pesquisadora: essa articulação acontece como? Ela tem uma sistemática pra acontecer?

R [médica]: é informal! A gente não tem nada normatizado... A gente vai no arquivo, e vai lá avisar. E a direção também é muito parceira da gente nesse sentido, ela também coloca os pacientes de acordo com a urgência e com a necessidade, e também na marcação com os especialistas.

Pesquisadora: ah, entendi... por vocês estarem no mesmo ambiente, vocês conseguem informalmente isso... mas não é algo institucionalizado...

R [enfermeira]: não, não é institucionalizado, não existe um organograma nesse sentido. Se a gente fosse fazer algo formal, teria que ir pra Central de Regulação de Especialista e iria demorar muito... (Equipe 11).

A estratégia de estabelecer encaminhamentos informais para os especialistas da própria unidade aparece como a solução mais rápida e eficaz das equipes de Unidades mistas. Nas falas destacadas, o institucional é demorado e não atende as necessidades do processo produtivo, de maneira que os trabalhadores utilizam o que está instituído no seu ambiente de trabalho, criando uma linha de fuga que proporcione práticas mais resolutivas, mesmo quando a rede de atenção do município é ineficaz e insuficiente.

Na discussão de rede iniciada por Cecilio (1997) e aprofundada por pesquisadores do Lappis (Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde), o princípio da integralidade é discutido macro e micropoliticamente como principal diretriz para reversão do modelo de atenção. Nessa discussão, do ponto de vista macroestrutural, os serviços de saúde de diferentes níveis de atenção atuam como porta de entrada do sistema, não somente a Atenção Básica, como preconizado classicamente pela organização dos serviços, representada pela pirâmide, com definição hierárquica dos níveis de atenção primário, secundário e terciário.

Numa conformação circular, Cecilio (1997) aponta para a abertura dos serviços com a ideia de rede integrada e articulada, em que o usuário transite nos serviços e seja acompanhado por equipes compromissadas e responsabilizadas pela integralidade do cuidado. Uma experiência que tem caminhado nesse sentido com a estratégia de “linhas de cuidado” é a de Belo Horizonte, descrita por Magalhães Júnior e Oliveira (2006).

A PNAB, reeditada em 2011, coloca a Atenção Básica como principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Corrobora as discussões mais recentes sobre integralidade, ao definir como um de seus princípios.

II. Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a

capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolubilidade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção (BRASIL, 2011c, p.20).

A leitura desse princípio nos conduz para a ideia de que a responsabilidade pela resolubilidade e sucesso da integralidade da atenção encontra-se centrada na Atenção Básica. Entretanto, Magalhães Júnior e Oliveira (2006) destacam a necessidade de estratégias macroinstitucionais de integralidade, envolvendo todos os setores da atenção, o que requer compromisso e vontade política dos gestores responsáveis. Salientam que quando as ações com ênfase na integralidade partem de apenas um setor, as ações são inviabilizadas ou os resultados se apresentam muito aquém das necessidades dos usuários.

Essa situação foi claramente encontrada nos relatos das equipes de Saúde da Família estudadas. O trabalhador, em seu dia a dia, trabalha sobre a pressão de resolver sempre, porém, nem sempre encontra amparo institucional para tanto. Embora ele manifeste uma visão de rede e pareça entender que a falta de articulação entre os níveis de atenção dificulta o processo como um todo, seu âmbito de atuação não consegue extrapolar as fronteiras de seu território de atuação. Ou seja, o olhar crítico e a ação criativa do trabalhador estarão sempre voltados para o seu campo de atuação micropolítico, e nele consegue agir buscando uma atenção integral e resolutiva, contudo, numa perspectiva da integralidade focalizada (CECILIO, 2001). E em busca dessa resolubilidade, utiliza-se de arranjos que estão ao seu alcance, numa rede informal por ele construída, de contatos pessoais, parcerias institucionais informais, improvisos e adaptações que vão se moldando à realidade marcada por carências de diversas ordens.

Podemos dizer que os diversos atalhos desenhados pela equipe, marcados pelo exercício permanente do agir comunicativo do trabalho em equipe e pelo uso da informalidade como estratégia cotidiana do processo de trabalho, constituem-se nas linhas de fuga, que são os ruídos, falhas e escapes presentes no trabalho vivo que vão construindo novas trajetórias moldadas pelas significações e relações estabelecidas pelos trabalhadores, no exercício de seu autogoverno (MERHY, 2007).

De forma contraditória, estão presentes de forma articulada e complementar as dificuldades e potencialidades no trabalho desenvolvido. A informalidade, que pode ser tomada como um elemento dificultador ou impeditivo da equidade, parece se constituir em uma potencialidade do trabalho para a construção de rede que permita a resolubilidade da atenção procurada pelo usuário.

Como potencialidades, os relatos mostram a um só tempo a capacidade crítica e criativa das equipes. Criativa, pois busca alternativas aos problemas buscando solução. Crítica, pois consegue refletir sobre a situação colocada e a partir disso definir posicionamentos. As significações construídas parecem estar amparadas numa visão ampliada de saúde, colocando em evidência interpretação social do processo saúde/doença. O sentimento de compromisso, vínculo e responsabilidade da equipe com a comunidade e com o trabalho abre caminho para a construção coletiva e difusa de projetos comuns, amparados pelas linhas de fuga da informalidade, que parecem favorecer a abertura para o território de tecnologias leves que auxiliam na resolubilidade. Ou seja, o exercício do agir comunicativo e a informalidade sempre presentes no trabalho cotidiano das equipes pesquisadas se fazem como estratégias de ação dos trabalhadores de burlar o instituído, quando esse não funciona ou não consegue resolver, no sentido de promover a resolubilidade.

Entendemos que tal posicionamento das equipes define no trabalho vivo em ato, amparadas fundamentalmente pelo sentimento de compromisso dos sujeitos na promoção do cuidado, que se configura como o próximo tema empírico deste estudo.

8 O CUIDADO TECIDO POR LAÇOS DE COMPROMISSO E VÍNCULO

Eu acho que é a humanização e o amor ao nosso trabalho e ao ser humano. Não é uma questão nem de capacitação não, eu acho que vai muito de cada profissional.

M, auxiliar de enfermagem, Equipe 4

A qualidade e resolubilidade do cuidado em saúde, quando pensamos num modelo voltado para a integralidade da atenção, acontecerão mediadas pela capacidade de resposta dos trabalhadores e serviços para as necessidades de saúde da população. O compromisso do trabalhador na promoção do cuidado pode qualificar e potencializar mudanças no processo de trabalho que conduzam para a reversão do modelo, respondendo às necessidades que emergem do cotidiano em saúde.

Como já discutido, a dinâmica do trabalho vivo em ato guarda a potencialidade da mudança. Ao buscarmos um modelo amparado pelos princípios do SUS, com foco na integralidade e com desenvolvimento de práticas humanizadas, é preciso transitar pelo território subjetivo do trabalho vivo em saúde, potencializando redes de cuidado que se desenham no território de tecnologias leves, sem deixar de considerar, contudo, a importância das demais tecnologias para o desenvolvimento do trabalho em saúde. Nesse sentido, busca-se inverter o modelo hegemônico que captura o trabalho vivo com o predomínio das tecnologias duras e leve-duras, na forma de equipamentos, medicamentos e protocolos, conhecimentos estruturados, avançando, no terreno desconhecido dos encontros movidos pelos desejos das singularidades que reconhecem as necessidades subjetivas e objetivas e têm potencialidade para dar respostas criativas e resolutivas (CAMPOS, 2011; FRANCO; MERHY, 2012a, 2012b).

Nesse contexto teórico, buscamos, neste tema, apresentar as subjetividades manifestas empiricamente na produção do cuidado das equipes, e discutir suas limitações e potências para mudança positiva do modelo. Para isso, organizamos a análise nos núcleos temáticos: *Afetos e desabafos - as necessidades expressas pela comunidade*, para entendimento das necessidades expressas pela comunidade e captadas e qualificadas pelo trabalhador como objeto de seu trabalho; e *Tecendo o cuidado - diálogo e escuta trançando as linhas do filé de renda alagoana*, quando discutimos as estratégias de cuidado construídas pelas equipes como respostas às necessidades.

8.1 Afetos e desabafos - as necessidades expressas pela comunidade

Na produção do cuidado, o trabalhador ou a equipe de saúde, no encontro com os usuários e com outros trabalhadores, define o objeto de seu trabalho, amparado pelas significações que faz do processo saúde/doença, do contexto social e sanitário e do conhecimento acumulado, estes elementos permitem que se definam as ferramentas mais adequadas a serem postas em ação em função do projeto tecnoassistencial que sustenta o conjunto de ações (MERHY; CECILIO; NOGUEIRA FILHO, 1991).

Ao se falar da organização do processo de trabalho que atenda o princípio da integralidade, sempre está colocada abstrata e operacionalmente a questão das necessidades de saúde. Essas serão sempre expressões das pessoas que buscam cuidados de saúde, e que se constituem nos objetos de trabalho em saúde, tendo em vista a produção de um cuidado mais humanizado e qualificado. Nesse sentido, a compreensão e apropriação do conceito de necessidades de saúde pelos trabalhadores contribuem para o desenvolvimento de práticas que vão além da intervenção nos corpos biológicos, ao tomar, como foco de intervenções, diversos aspectos que caracterizam a complexidade da vida humana (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Cecilio (2001) conceitua o complexo universo das necessidades de saúde em uma taxonomia organizada, a partir do estudo de Matsumoto (1999), em quatro grandes conjuntos, a saber.

- i) “Boas condições de vida”, que se refere às questões ambientais, sociais, econômicas e políticas que interferem no processo saúde/doença e qualificam as necessidades das pessoas.
- ii) “Ter acesso e poder consumir toda a tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida”, relativo às diferentes tecnologias (duras, leve-duras e leves) que o indivíduo necessita ao longo de sua vida, entendendo não haver uma relação hierárquica entre elas, e trabalhando com a ideia de que o valor de uso das diferentes tecnologias será definido pela necessidade do usuário no momento singular de sua vida.
- iii) “Criação de vínculo (e)afetivo entre cada usuário e uma equipe ou trabalhador de saúde”, referente ao encontro de subjetividades e valorização de relações afetivas que potencializem o cuidado.

- iv) “Cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida”, diz respeito à possibilidade dos sujeitos de reconstrução e de ressignificação da vida e do modo de viver, em busca da satisfação de suas necessidades.

Adicionalmente, Merhy (2004, 2005) traz ainda nesta taxonomia a necessidade de se considerar a singularidade dos sujeitos que se apresentam diferentes na sociedade em que se encontram inseridos.

Tomando esse conceito como referência, discutiremos a abordagem dos trabalhadores em relação às necessidades de saúde dos usuários, buscando relacionar a significação de tais necessidades como objetos do trabalho em saúde. Entendemos que, quando o trabalhador toma o sujeito com necessidades como objeto de trabalho, irá buscar tecnologias capazes de dar respostas a tais necessidades, o que acarretará maior proximidade ou não com um modelo de atenção mais humanizado e integral.

Segundo os trabalhadores entrevistados, os usuários buscam maciçamente a unidade de saúde com queixa clínica, buscando solução para o sofrimento físico: febre, dor, pressão alta, etc., ou manifestando desejo de “consumir saúde” com exames, consultas, medicamentos e outros serviços oferecidos no variado cardápio da USF. A comunidade conhece os serviços oferecidos e escolhe qual melhor se encaixa para atendimento de sua necessidade.

F [auxiliar de enfermagem]: eles tão procurando marcar consulta, algum imprevisto.

L [auxiliar de enfermagem]: é bem isso mesmo, eles chegam querem a consulta médica, um exame e às vezes a gente conversando... às vezes a gente resolve na sala de triagem (Equipe 1).

E [enfermeira]: tem a parte do social, que deixa muito a desejar, o social e o econômico, e eles se voltam totalmente pra alguma doença que tenha. Aí eles vêm aqui querendo o tratamento, a cura, pra doença, mas no fundo mesmo é uma coisa que termina sendo bem emocional. E muita gente, como o Fulano disse, vive no posto, são pessoas que vivem direto aqui, e a gente sente que é só pra ser ouvido, é pra sair de casa porque o vínculo da família não dá... e a gente acaba sendo um pouco de psicólogo também, o que deixa muito a desejar porque cada um tem uma formação específica. No caso da nossa psicóloga aqui, ela é de 30 horas, então como ela é de 30 horas e ela não é PSF, ela só vem dois dias na semana. Ela dá um suporte, mas seria um suporte que deixa a desejar justamente por isso, porque ela não tem o contato com a família que o resto da equipe tem. Então termina sendo aquele atendimento esporádico, como quando a gente encaminha pra fora, pra outros profissionais que não têm a ligação com a família. Ontem mesmo ela não tinha nem sala pra atender, porque tinha tanto estudante aqui, que pega a sala, e ela ontem estava sem sala pra atender, como tinha até um pessoal com hora marcada, aí tumultua isso, dificulta o trabalho dela também. Mas, pontualmente ela tem dado um suporte (Equipe 7).

Entretanto, observamos contradição dialética no movimento de procura da comunidade pelos serviços. A partir das falas, é possível inferir que os usuários sempre utilizam a queixa clínica para entrar no serviço, pois é ela a moeda de troca para o atendimento, mas, uma vez lá dentro, revelam outras necessidades.

E [técnica de enfermagem]: em geral é uma queixa de dor, chegam com uma queixa, alguma coisa assim, e quando a gente vai conversando mais a fundo a gente vai vê que aquilo é uma carência, que eles estão necessitando naquele momento. Tem muitas mães, que a gente já presenciou aqui, a questão assim... como tem uma criminalidade muito grande aqui as mães que já perderam seus filhos, muitas estão depressivas. E elas desabafam com a gente, com a gente, com os ACS, com a médica, com a enfermeira. E a gente às vezes vê que aquela doença é uma doença emocional. Muitas são assim. A maioria das vezes (Equipe 10).

Os trabalhadores, conforme já descrito em Capítulo anterior, possuem um cardápio bem definido e pouco flexível, de maneira que os usuários encontram algum espaço para expressar suas dores principalmente com os ACSs, no próprio domicílio ou nos espaços da comunidade, assim como na pré-consulta, com o técnico de enfermagem. Nesses momentos, eles negociam sua entrada no serviço, buscando agendamento de consulta com médico, enfermeira ou dentista (com prioridade para o primeiro). Existe sempre um sentimento de urgência nessa busca, de maneira que a solicitação de encaixes é frequente no cotidiano do trabalho.

Uma vez em atendimento, seja no domicílio, na sala de pré-consulta ou nos consultórios, os usuários manifestam a necessidade de desabafar suas dores com os trabalhadores. Nesses encontros, os relatos apontam para manifestações diversas de sofrimento emocional e psíquico ligados às condições de profunda carência de todas ordens (material, econômica, afetiva, educacional) que a comunidade vivencia em seu árduo cotidiano.

R [médica]: tem muitos hipertensos e diabéticos na área. E a gente percebe que a descompensação das doenças são ligadas às questões sociais, tipo assim, a gente orienta que pra ele tomar o remédio a gente orienta em relação à alimentação. E a alimentação normalmente não é seguida porque a oferta para eles não é de acordo com nossa orientação. E aí eles fazem o uso da alimentação que eles têm. Muitas vezes não é adequada. É questão, da questão social é também essa que a Fulana falou: que é a questão das perdas, a questão da violência que é muito presente a violência é vizinha deles, a violência tá dentro da casa deles. Então isso interfere diretamente na doença deles. Se o paciente é hipertenso é diabético e ele não usa adequada da alimentação, e aí ele tá lidando com a violência que tá dentro de casa. Colabora de forma desfavorável para a evolução da doença deles. E outras situações que a gente vai falar é isso: às vezes vem à procura de um acolhimento à procura de uma escuta vem confidenciar alguma coisa que lá na região ele não pode falar e com a gente ele tem um vínculo melhor, e aí eles podem colocar essas situações, que a gente trata com mais tranquilidade. Então a questão social ela interfere diretamente nessas situações (Equipe 10).

D [dentista]: o posto de saúde é como se fosse um shopping center pra eles!

R [ACS]: tem gente que a gente conhece, que tá aqui todo dia!

Pesquisadora: e por que é que eles estão aqui todo dia?

E [enfermeira]: a necessidade! Eles são muito carentes... não só carentes financeiramente, eles são carentes de tudo! Então se você conversar com ele, ele já sai daqui satisfeito. Mesmo se você só der uma atenção, eu acho que isso acontece mais com as mulheres, às vezes o esposo não dá atenção, a gente tem muito usuário de álcool, usuário de drogas... quantas vezes elas não dizem “E, eu quero falar com você, só um instantinho” só pra desabafar (Equipe 13).

Os relatos confirmam os dados epidemiológicos para Maceió, descritos na primeira fase deste estudo, marcados por profunda desigualdade social, desemprego, pobreza e violência. Esse cenário revela, nas falas dos entrevistados, que as necessidades da comunidade são múltiplas e profundas em relação a todas as dimensões apontadas por Cecilio (2001). Isso significa dizer que os usuários chegam no serviço carentes de boas condições de vida, de tecnologias adequadas para manejo do sofrimento, relações de afeto e vínculo com equipe de saúde e desenvolvimento de autonomia para levar a vida. Obviamente, os conjuntos de necessidades se relacionam e se retroalimentam, de maneira que a carência de boas condições de vida acarreta dependência maior por tecnologias de saúde e assim por diante. Entretanto, de todas as necessidades destacadas, a que parece estar presente com maior força no cotidiano do trabalho é a necessidade de expressão da dor, o desabafo, o compartilhar do sofrimento.

A queixa clínica é real, porém, muitas vezes aparece como moeda para o atendimento. Os usuários precisam ser ouvidos. A necessidade de ser ouvido aparece muitas vezes como a primeira necessidade. Para tanto, se for necessário, o usuário irá mentir sobre sintoma ou patologia para entrar na unidade e ser ouvido.

E [enfermeira]: ontem mesmo chegou uma gestante dizendo que estava com sangramento, e eu disse que viesse pra eu olhar, mas quando eu olhei não tinha nada! Só queria o que... a pessoa estava estressada, teve uma discussão em casa com o marido, só é mesmo um desabafo! E às vezes eu pergunto, “por que você mentiu dizendo que era um sangramento?”, ela diz “ah, porque se eu falasse que estava com esse problema, não iria ser atendida”. Mas a gente vê muita gente que mente, dizendo que está com alguma coisa, quando na realidade não está (Equipe 13).

L [técnica de enfermagem]: é bem isso mesmo, eles chegam querem a consulta médica, um exame e às vezes a gente conversando... às vezes a gente resolve na sala de triagem.

Pesquisadora: o que é que acontece? Sobre o que vocês conversam geralmente?

L [técnica de enfermagem]: muitas vezes eles chegam contando da vida pessoal, que as vezes não tem nada haver com a doença. Teve uma briga e por aí vai... (risos)

F [técnica de enfermagem]: eles chegam com a pressão elevada e aí a gente pergunta, oxê porque que tu tá assim? Ah porque briguei com minha filha.

L [técnica de enfermagem]: aí depois de contar a história, eles voltam ao normal (risos). É só demorar 10 minutos com ele ali, ou 20 coisa assim... (Equipe 1).

A necessidade de ser ouvido e desabafar é uma constante e se manifesta mediada pelo vínculo de confiança e afeto que se estabelece entre equipe e usuários. São comuns os relatos de que a comunidade confia suas dores mais profundas aos trabalhadores, pela intimidade desenvolvida ao longo do tempo de convivência. As pessoas adoecidas, marcadas pelo abandono, pela violência e pelo sofrimento de diversas naturezas, encontram no serviço

de saúde um ambiente seguro, acolhedor, onde podem dar e receber afeto e, porque não dizer, permitem-se sentir mais humanos.

A [ACS]: os pacientes são recorrentes, completamente, todos os dias você vê as mesmas pessoas. É um ciclo vicioso que eles fizeram, às vezes não estão sentindo nada, mas muitos têm prazer realmente de estarem aqui no posto [todos riem]. A verdade é essa... muitos a gente sabe que vem somente por vir. Chega e diz, ah eu quero pra especialidade tal, aí não tem, ah então me dê pra tal, não tem, ah então tem pra quê? A gente percebe que não é realmente um caso específico que aquela pessoa tá precisando, ou seja, tá buscando algum atendimento, não é o atendimento (Equipe 3).

Os trabalhadores em suas falas compreendem as razões que levam as pessoas a comparecerem diariamente na unidade para serem ouvidas e acolhidas. Eles conhecem a história do bairro e as trajetórias e situações de vida de cada família, manifestando constantemente empatia e solidariedade pela comunidade. Reconhecem que a conversa, a atenção individualizada, o olhar atento e a manifestação de afeto são altamente valorizados por indivíduos adoecidos em vários sentidos. Isso pode ser observado no tom de carinho com que contam as histórias trazidas pelos usuários, as risadas que compartilham lembrando de casos peculiares e a percepção clara de que várias pessoas da comunidade sentem prazer em estar na USF.

Entretanto, nesse ponto, visualizamos contradição na identificação de necessidade de saúde pelo trabalhador, pois embora ele perceba a necessidade de escuta e acolhimento por parte da comunidade, não existe uma legitimação de que essa se constitui uma necessidade de saúde. Os relatos tendem a designar que, na verdade, muitas vezes os usuários não estão “sentindo” nada, ou aumentam ou fingem a queixa clínica para serem ouvidos. Tal situação é aceita pelos trabalhadores, mas causa tensão e estresse no processo produtivo, visto que entendem que o problema real (patológico) não está sendo atendido.

Essas situações são frequentes e se repetem cotidianamente movidas pelo vínculo estabelecido entre as equipes e a comunidade, que desenha um processo dialético curioso: o usuário usa da liberdade conferida pela intimidade e proximidade que possui com o trabalhador para entrar no serviço, negociar atendimento e ser por ele ouvido e acolhido, tendo sua necessidade respondida; por sua vez, o trabalhador entende que o usuário necessita da escuta e que esse, muitas vezes, finge ou aumenta o sintoma para ser recebido, e, para não contrariar o usuário e vê-lo satisfeito, conversa com ele, tranquilizando-o e dá o caso por resolvido. Assim, embora a necessidade de escuta seja identificada, ela não é qualificada como uma necessidade de saúde. Ou seja, os trabalhadores não reconhecem que as pessoas que chegam com seus desabafos e carências afetivas são objetos de seu trabalho, de maneira que não conseguem distinguir ou valorizar tecnologias usadas nessas situações. Nas situações

de queixa clínica, possuem um cardápio bem definido de ações e demonstram segurança para agir, porém, quando as necessidades que emergem fogem do campo técnico de atuação, relatam tensão, estresse, conflito.

A [auxiliar de enfermagem]: às vezes gera! Até porque às vezes não tem como mais colocar, aí às vezes quando chega uma sim, eu falo com o médico ou com a enfermeira, aí a gente, dependendo da situação que foi colocada, diz “não, vamos colocar”, já pra evitar essa zuada, esse estresse todo. Mas todo dia tem essa angústia de ter gente, gente, gente, gente... a gente diz, meu Deus tem paciente que vem aqui e a necessidade é só de falar, de ficar lá conversando.

Pesquisadora: fala mais sobre isso, essa questão de falar...

A [auxiliar de enfermagem]: é da própria realidade da comunidade, ele chega lá angustiado, e diz “porque eu queria falar com o doutor...” e aí já começa a chorar. Aí quando começa a conversar, a gente diz “e aí a dor de cabeça, e a pressão?” “tá normal!” Aí quando vai pra o médico já está mais tranquilo. Eu não, quando chegam lá, já chegam estourados, “ah, eu quero falar com o médico, porque o agente de saúde não vai, porque você não vai”, aí a gente deixa ele dar a estourada dele, e quando ele se acalma, a gente vai lá e diz “olhe, esse paciente tá assim, assim e assim...”, aí ele diz “coloque”, pra evitar ao máximo desentendimento aqui na unidade (Equipe 12).

No entanto, quando o quadro se configura como uma necessidade de o sujeito expressar suas dores, os trabalhadores relatam conversar, escutar e assumir funções que não lhes cabem, como de “psicólogo” ou “padre”.

De todas as necessidades de saúde referenciadas pelas equipes, observamos que os trabalhadores, por conhecer em profundidade a história da comunidade e a situação de vida das famílias, estabelecendo com eles uma relação de vínculo, compromisso e confiança, manifestam uma percepção crítica das condições de vida de seu usuário, descrevendo com propriedade as necessidades sociais e econômicas de seus usuários. Entendem que tal situação de vulnerabilidade, marcada principalmente pela pobreza e pela violência, gera adoecimentos que vão além do físico, e que se manifestam nas dores desabafadas cotidianamente nos encontros do cuidado. As expressões de subjetividade parecem não ser detectadas pelo trabalhador como necessidade de saúde, mas como produto da situação de vulnerabilidade que fragiliza a comunidade emocionalmente. De maneira que, mesmo na emergência de necessidades subjetivas, são as tecnologias duras e leve-duras que são mais valorizadas e conhecidas pelas equipes. Entretanto, na produção cotidiana do cuidado, percebemos que a **disponibilidade manifesta pelos trabalhadores para, a seu próprio modo, acolher e escutar o usuário potencializa o território de tecnologias leves**, necessárias para responder às necessidades subjetivas expressas.

8.2 Tecendo o cuidado - diálogo e escuta trançando as linhas do filé de renda alagoana

A dimensão subjetiva do processo de trabalho em saúde é discutida por Franco e Merhy (2012a, 2012b) como campo de força capaz de mobilizar e moldar o modo de produção, sendo historicamente construída e cujo núcleo operativo encontra-se no desejo processado inconscientemente e capaz de mover as pessoas no mundo da vida, produzindo esse mundo e sendo por ele produzidas.

Na saúde, a subjetividade do trabalho contribui para a construção de redes de atenção, estabelecendo linhas múltiplas de conexão entre trabalhadores e usuários, numa lógica de fluxos-conectivos que se relacionam em prol de um determinado projeto terapêutico, que estará mais ou menos comprometido com a integralidade do cuidado. Assim, compreender o modo como as redes se constroem permite identificar as linhas e seus pontos apoio e/ou de ruptura do cuidado. Da mesma forma que qualificar os elementos presentes, constituintes do processo de trabalho nesse “emaranhado” fornece as pistas para a compreensão e fortalecimento dos pontos fortes e frágeis da rede.

Caracterizar e analisar as redes presentes no processo de trabalho das equipes estudadas nos permite entender em que ponto reafirmam e solidificam a estrutura de trabalho hegemônica, e em que ponto criam novas linhas de cuidado, diferenciando-se, usando de sua capacidade libertadora para reinventar o cuidado. Ou seja, todo trabalho em saúde se organizará tecendo redes, que podem ser mais ou menos capturadas pela normatividade imposta pelos modelos tayloristas de produção. Entende-se que quanto mais caótico e revolucionário se constituem as conexões da rede maior a potencialidade criativa e libertadora de se buscar um modo de fazer saúde voltado, para as necessidades dos usuários (FRANCO; MERHY, 2012a, 2012b).

Aqui abrimos um parêntesis para usar como exemplo de rede que permite essas conexões múltiplas de potencialidade revolucionária e transformadora: a produção de renda de filé alagoana. A renda de filé é produzida artesanalmente e tradicionalmente por mulheres no Estado de Alagoas. Em Maceió, o bairro do Portal da Barra, à margem da lagoa Mundaú, concentra o maior número de rendeiras artesãs que sustentam suas famílias através da produção de artigos variados com a renda, atraindo turistas e consumidores de todo o Brasil, e também, internacionais. Com o filé são produzidos roupas, acessórios, lençóis, cortinas e diversos outros artigos que se moldam ao gosto da moda, da estação do ano e do freguês. Os produtos de filé se destacam pela beleza, profusão de cores e desenhos, que encantam os

turistas pela originalidade das peças. Porém, o que torna a renda de filé diferente de uma renda comum?

Nos mercados de artesanato de Maceió é possível distinguir com clareza os dois tipos de renda. A renda comum, geralmente aquela que você pode reproduzir na máquina, possui um trançado padrão que se repete em séries para produção do tecido. Pode ser colorida, mas a reprodução das cores seguirá sempre um padrão estabelecido *a priori*. Em geral, os artigos de renda comum nos mercados são mais baratos, obviamente por permitir uma produção de artigos idênticos em larga escala. Diferentemente, a renda filé é produzida manualmente pelas artesãs. Originalmente, as rendas começaram a ser cosidas a partir das redes de pescadores, de maneira que a artesã inicialmente confecciona uma rede com a linha, que, assim como a renda comum, possui um padrão único pré-estabelecido. A rede, base do filé, é esticada e fixada em uma moldura rígida, permitindo que a artesã crie desenhos variados conectados a essa base, mas não restritos a ela. Linhas de diversas cores são utilizadas para produzir desenhos variados, de diversos tamanhos e formas, produzidos com a criatividade da artesã. Dessa maneira, dificilmente se encontra um artigo exatamente igual ao outro, pois as possibilidades de criação são infinitas e refletem a capacidade criativa de suas criadoras.

O exemplo da rede de filé nos ajuda a analisar que cuidado está sendo tecido no contexto de trabalho das equipes investigadas. Já sabemos que as redes intersubjetivas são próprias da natureza instituinte do trabalho, porém, cabe a nós distinguir como os artesãos do cuidado estão utilizando sua capacidade criativa e se o produto construído tem se aproximado de um cuidado mais humanizado e integral.

A Estratégia Saúde da Família tem um caráter, como já mencionado neste estudo, fortemente normatizador e burocrático, disciplinando o trabalhador e limitando sua capacidade criativa. Os protocolos padronizados por grupos de atenção, a lógica de produção por procedimentos e atendimentos, a agenda de trabalho totalmente orientada para o atendimento dos programas nacionais são exemplos de captura do trabalho vivo, que constrange os trabalhadores a exercer seu potencial de autogoverno. Entretanto, a natureza instituinte do trabalho vivo guarda o potencial de gerar linhas de fuga, onde se expressam a capacidade criativa e transformadora de seus agentes. De maneira que:

[...] quando os trabalhadores de saúde desejam, eles fazem e operam nas suas relações outros fluxos de conexão com suas equipes, outras unidades de saúde e principalmente com os usuários. Nesses casos o cuidado vai se produzir na rede que se formou e não na estrutura que permanece rígida sob o império da norma. (FRANCO; MERHY, 2012b, p.160).

Ayres (2000, 2004) usa a alegoria da mitologia grega e fundamentos filosóficos aristotélicos para construir o conceito de cuidado como atitude e espaço de reconstrução de intersubjetividades, onde ocorre o exercício dos saberes emanados da práxis. Nesse sentido, se para Merhy (2007) e Campos (2011) o trabalho vivo como dimensão intersubjetiva e instituinte tem o potencial de valer-se das diferentes tecnologias para se reinventar, para Ayres (2004) o trabalho vivo potencializado para mudança de modelo tem nome: cuidado em saúde.

O autor contextualiza sua argumentação na crise do avanço da medicina contemporânea que, se por um lado, oferece uma complexa variedade de instrumentos tecnocientíficos que solucionam grande parte das enfermidades e agravos que acometem a população, por outro, vem apresentando crise de legitimidade pela incapacidade que, progressivamente às ações de saúde, devem-se mostrar racionais e sensíveis às necessidades de saúde das pessoas. Isso porque as práticas dominadas pela tecnociência estão cada vez mais distantes do mundo real dos sujeitos, perdendo o elo entre seus procedimentos e os contextos e projetos de vida que justificam sua existência (AYRES, 2000, 2004). Ou seja, o objeto se torna mais importante que o sujeito. A doença e a técnica tem mais sentido que a vida das pessoas.

O cuidado, portanto, constitui-se como espaço fundamentalmente relacional de produção de sujeitos, hermenêuticamente fundamentado por Ayres (2004) no plano filosófico como categoria marcada por movimento, interação, identidade/alteridade, plasticidade, projeto, desejo, temporalidade, não causalidade e responsabilidade.

O momento assistencial pode (e deve) fugir de uma objetivação “dessubjetivadora”, quer dizer, de uma interação tão obcecada pelo “objeto de intervenção” que deixe de perceber e aproveitar as trocas mais amplas que ali se realizam. Com efeito, a interação terapêutica apoia-se na tecnologia, mas não se limita a ela. Estabelece-se a partir e em torno dos objetos que ela constrói, mas precisa enxergar seus interstícios. Nesse sentido, o Cuidar põe em cena um tipo de saber que se distingue da universalidade da técnica e da ciência, como também se diferencia do livre exercício de subjetividade criadora de um produtor de artefatos. Ou seja, não é a teoria nem a póiesis o espaço privilegiado do Cuidado, mas aquele que os amalgama nas interações terapêuticas, a práxis ou atividade prática. O saber que se realiza aqui (se deixarmos) é algo que na filosofia aristotélica é chamado de *phrónesis* ou sabedoria prática, um tipo de saber que não cria objetos, mas constitui sujeitos diante dos objetos criados no e para seu mundo (AYRES, 2004, p. 85).

Nesse contexto de valorização da subjetivação do trabalho em saúde, em busca da aproximação com uma prática de cuidado, o território de tecnologias leves, significa consensualmente para os autores até aqui apresentados, como campo privilegiado para exercício do autogoverno e de reaproximação do fazer em saúde com os projetos de vida das pessoas. As tecnologias leves são exemplificadas como práticas de acolhimento, escuta e diálogo.

O conceito de humanização surge nesse contexto e ganha dimensão estratégica com contorno de política em 2004, com o lançamento da Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), que demarca uma preocupação nacional em aproximar o cuidado em saúde à sua qualidade de reprodutor de sujeitos e de vida. Em linhas gerais, a política lança uma série de diretrizes para as práticas de saúde, que, fundamentalmente, colocam os sujeitos como protagonistas do cuidado, num claro esforço de inverter o domínio tecnológico dominante no trabalho em saúde (BRASIL, 2004a).

Ceccim e Merhy (2009) defendem que o HumanizaSUS representa um desafio na reconstrução de ações institucionais, ao colocar os produtores diretos da saúde no centro de suas ações, de maneira a ativar a produção do cuidado como campo do encontro de singularidades e da formação de redes de “interferências-em-interação” e não de “comunicações-coordenadas”. Nesse processo, o outro não é visto como caso onde se enxerga um objeto de intervenção e no qual se aplica tecnologias moldadas *a priori*. O outro é também sujeito e nos encontros tem participação ativa na produção do cuidado, sendo por ele reproduzido e ressignificado.

As questões éticas e políticas até aqui levantadas refletem o movimento atual da RSB de apropriar-se conceitualmente e de desenvolver no campo da práxis em saúde processos de trabalho que produzam redes de cuidado voltados para a integralidade da atenção, que implica no retorno das ações para sua finalidade primeira, a saber o desenvolvimento humano e o respeito pelos projetos de felicidade que cada indivíduo constrói para si nessa complexa realidade.

Voltando-nos para as equipes entrevistadas, com as lentes do processo necessário de subjetivação e humanização do cuidado, observamos que o fazer das redes construídas pela intersubjetividade dos encontros entre trabalhadores e comunidade está marcado pelo(a): vínculo de confiança estabelecido com a comunidade; sentimento de compromisso e responsabilidade do trabalhador com o seu trabalho e com o usuário; criação de espaços múltiplos de escuta e diálogo como tecnologias de cuidado; busca constante de soluções criativas para as necessidades objetivas e subjetivas trazidas pela comunidade. A seguir, discutiremos tais aspectos, buscando iluminar o desenho de rede que os trabalhadores estão elaborando no seu cotidiano de trabalho e destacando as potencialidades presentes para a costura de linhas de cuidado voltadas para a integralidade da atenção.

Em conformidade com o preconizado pela ESF, as equipes trabalham com território definido e população adstrita, o que permite uma relação próxima e habitual com as famílias, de maneira que os relatos expressam que, no cotidiano de trabalho, a relação de vínculo e

confiança estabelecida com a comunidade é uma característica sempre presente. Os trabalhadores valorizam a construção de vínculo como condição importante para o desenvolvimento do trabalho e percebem que a comunidade entende melhor a dinâmica da ESF, e sente-se mais satisfeita quando o vínculo é fortalecido. Nesse contexto, o trabalho flui com trabalhadores e usuários mais satisfeitos, o que contribui para a produção do cuidado e visualização de resultados.

N [médica]: antes a gente tinha mais embate com essa comunidade, hoje a gente já não tem mais, hoje já tem uma amizade, tá entendendo, já é uma conquista, porque precisa da confiança e precisa de um compromisso nosso enquanto profissional. Porque eu acho o que é mais importante eu acho hoje no bairro tal, é esse compromisso de cada profissional, é isso que faz a gente crescer junto, sempre disse isso a eles, que é a gente só tem esse resultado hoje por conta do compromisso de todos que a gente tem no bairro tal. Isso a gente vê do agente, do segurança, da auxiliar de limpeza, de todo mundo! (Equipe 2).

O vínculo estabelecido é nutrido pelo cotidiano e parece configurar relações tão próximas que se assemelham às relações domésticas. As equipes citaram **construir relações de “amizade”, de “intimidade” que diminuam a distância entre o profissional e o usuário** à medida que ambos são unidos, não apenas pela queixa de saúde (ou de doença) específica, mas também pelos laços de afeto que compartilham. Esses laços são construídos com todos os membros da equipe, apresentando diferenciações principalmente relacionadas ao tempo e frequência de convívio de trabalhador e usuário/comunidade. Dessa maneira, foi observado que quanto mais longo o período de serviço do trabalhador e mais frequente seu contato na comunidade mais estreito o vínculo. Dentre os trabalhadores, o ACS foi aquele que mais demonstrou agir sobre influência dos laços de afeto, embora eles possam ser percebidos nos relatos de todos os trabalhadores.

Pesquisadora: A, e você? Como que você vê essa questão da recepção?

A [auxiliar de enfermagem]: eu tenho muito pouco tempo aqui. Mas é um problema sério isso. Eu venho de uma unidade que é unidade básica de saúde.... Tem coisas que a gente vê aqui que não é urgente, que dá pra ele ir até à recepção, marcar a consulta e vir outro dia. Eu tenho mais facilidade de dizer não do que as meninas, porque eu não tenho vínculo com ninguém ainda. Então eu digo “olhe, você vai voltar, você só tem exame e dá pra esperar até amanhã e ir marcar a sua consulta e falar com o doutor, porque exame não é urgência”. Urgência é uma febre, pressão alta... e outra coisa, quando chega aqui com uma virose pesada eu digo assim “vá pra uma unidade de pronto atendimento, porque você está precisando ser atendido e colocado no soro AGORA, vá se embora”. Porque tem coisas que não dá pra gente resolver (Equipe 6).

Pesquisadora: então se ele tiver alguma queixa, o primeiro profissional que eles procuram em geral é o agente comunitário, é isso?

F [ACS]: é o agente comunitário.

D [ACS]: é porque tem aquele vínculo, a intimidade que a gente tem mais com o usuário.

Pesquisadora: você quer falar um pouco mais desse vínculo, D? Como é esse vínculo...

D [ACS]: é basicamente a intimidade. Tudo o que a gente ouve do usuário é justamente o que eles querem dizer com relação à unidade. Coisas que geralmente eles não têm coragem de dizer aqui, aí dizem a gente, e a gente passa, dentro da ética lógico, de não causar nenhuma encrenca entre um e outro funcionário, mas é a intimidade que eles têm com a gente. Eles se sentem mais seguros vindo conversar com a gente antes de chegar na unidade (Equipe 9).

Entretanto, quanto mais profundo o vínculo e próxima a relação construída, juntamente com sentimentos de confiança e amizade, outros dialeticamente imbricados também se manifestam, como raiva, ciúmes e ressentimentos.

Segundo o trabalhador, pela “intimidade”, o usuário se sente com liberdade para cobrar atenção, atendimento no horário que lhe for conveniente, às vezes transitando no espaço da unidade com uma familiaridade que incomoda e dificulta o trabalho, por causar momentos de estresse e conflito, visto que o trabalhador sente-se dividido entre “agradar”/satisfazer a vontade do usuário e seguir a rotina do serviço. Soma-se a isso um sentimento de insegurança referido pelo trabalhador em relação ao clima de violência instalado nos territórios atendidos pela ESF, de maneira que é comum o trabalhador sentir-se pressionado e ameaçado pela mesma comunidade que o acolhe. Na linha do cuidado, esse parece ser um ponto de tensão e fragilidade.

L [ACS]: a nossa área é muito perigosa. A gente tem que ter cuidado com as nossas palavras com a comunidade. Gente tem que ter cuidado como fala. Entendeu? Hoje a gente ficou sabendo que a qualquer momento a gente pode sair como refém. Então é uma coisa séria que tá acontecendo. E o governo tudo, sabe da situação da gente. Então quando a gente não vai pra área, diz que é porque a gente tá com preguiça! Não por eu alguém da comunidade, quando são pessoas boas, eles dizem: “olhe não saiam. Fique no posto, não saiam, não faça nada.” Gente tá de olho na comunidade. A educação é pra ter pra todo mundo. Porque tem gente que compra briga. E quer dar uma resposta lá fora. Entendeu? Já que foi bem atendido, bem recepcionado... Eu acho que a recepção é a porta de entrada de um posto de qualquer local. Pode ter a falta do atendimento. Mas se você for bem atendido você não esquentar (Equipe 8).

I [ACS]: era isso que eu ia falar. Por conta da enfermidade ele acha que chegando aqui pode ser atendido a qualquer hora. Como ele já conhece a gente há muito tempo, a gente já tem o vínculo, então ele acha que chegando aqui vai ser atendido sem estar marcado, sem nada.

Pesquisadora: e na sua experiência como agente comunitária, o que é que esse usuário procura? O que é que ele mais procura?

I [ACS]: olhe, às vezes ele só quer conversar. Mesmo que o problema dele não seja resolvido logo, porque às vezes até a gente diz pra enfermeira e pra o doutor, “mas não tem mais jeito”, mas tem que ir lá, pra pelo menos dar uma palavra, porque às vezes só isso já basta. Chegar lá e dizer “olha, o seu caso não tem jeito...” a gente dá um jeitinho só de conversar, e eles já aceitam, já ficam mais calmos, e às vezes eu digo até à Fulana que às vezes aqui a gente é até psicólogo! [todos riem] Porque a conversa às vezes resolve, e muitas vezes eles só querem isso.

Pesquisadora: I também é ACS, não é I?! Você também concorda com a sua colega?

I [ACS]: eu tenho uma paciente aqui na área que ela disse que tem medo de fazer citologia, porque assim, nem sempre é um problema de saúde em si, é uma angústia, é um problema com a família, mas só de ter com quem compartilhar aquela angústia, a pessoa já se sente mais aliviado (Equipe 6).

Nesse contexto paradoxal em que se desenham as relações de vínculo, mediadas pelo afeto, a comunidade é pintada pelas equipes em diversas cores: boa, carente, sofrida, injustiçada, má, violenta, revoltada, mal agradecida etc. Os sentimentos contraditórios refletem um campo rico de exercício de subjetividade nos diferentes contextos. O que se pode afirmar sobre as equipes é que elas **se importam com os usuários e isso parece gerar uma atenção compromissada, individualizada e marcada por contradições** próprias dos encontros subjetivos em que ocorrem enfrentamentos de singularidades.

B [enfermeira]: [...] como ela colocou ali, o pessoal vem aqui só pra sentar, porque aqui é a praça, aqui ele se arruma pra vir, aqui é o lazer, aqui a gente escuta, aqui a gente abraça, aqui a gente conversa, aqui a gente dá carão quando é necessário, chama a atenção quando é preciso, então ele recebe atenção aqui. Nós temos aqui uma igreja que funciona no final de semana, um monte de barzinho pra tomar umas cachacinhas, uma pracinha...

H [assistente social]: é a praia! [faz referência à localização da unidade, próxima à praia] (Equipe 9).

Sobre a capacidade para oferecer essa atenção ao usuário, os trabalhadores demonstram entender que essa não é uma capacidade “aprendida” e sim própria de valores de solidariedade, empatia e amor pelo próximo, remetendo à ideia da dimensão ética do cuidado abordada por Franco e Merhy (2012b, p.160) “que é o modo de ser de cada um em relação ao outro”.

M [auxiliar de enfermagem]: eu acho que é a humanização, é o amor ao nosso trabalho e ao ser humano. Não é uma questão nem de capacitação assim, não, eu acho que vai muito de cada profissional (Equipe 4).

E esse modo de ser parece estar pautado pelas dimensões do cuidado conceituado por Ayres (2004) de movimento, interação, identidade/alteridade, plasticidade, projeto, desejo, temporalidade, não causalidade e responsabilidade. Sem nos aprofundar, nos arriscamos a dizer que quando os trabalhadores mencionam que as relações transitam por outros lugares que não apenas o campo profissional e tecnológico próprio da atenção protocolada pelo saber formal e instituído, eles se permitem adentrar no contexto e na vida dos usuários. E num processo de alteridade, tomam parte dos projetos de vida de suas famílias, moldando-se plasticamente aos contextos e, de certa forma, responsabilizando-se pelo que Ayres (2004) chama de projetos de felicidade dos sujeitos.

Essa disponibilidade mais ou menos presente do trabalhador para o outro, mediado pelo afeto e intensificada pela profundidade do vínculo desenvolvido se manifesta por uma **constante valorização do diálogo** com a comunidade, enquanto encontros de negociação, pactos e manejos de conflitos.

Os trabalhadores relatam gastar tempo conversando nos diversos ambientes e situações do cotidiano do trabalho, buscando resolver, orientar, encaminhar e dar resposta à necessidade trazida pelo usuário, numa perspectiva de vê-lo satisfeito.

L [ACS]: eles procuram muito a comunidade sem nenhum motivo, às vezes ele só quer conversar com a gente. Então no momento eles ficam muito sós às vezes e aqui no posto eles têm um equilíbrio. Tem assim um equilíbrio emocional, às vezes eles tão procurando até alguma coisa que não tem nada a ver com saúde num momento assim, clínico. Mas, tem aquela parte emocional, às vezes passa o dia todinho aqui conversando com a gente, conversam, conversam. A gente é igual a padre, a gente ouve muito segredo, a gente ouve muito coisa. É um desabafo que eles fazem com a gente. Esse desabafo já é uma parte, que eles só queriam isso e vão embora. Às vezes a dor de cabeça que eles tem é só por que eles querem falar com alguém.

Pesquisadora: o que você acha que eles têm?

L [ACS]: é muita carência afetiva. Por que se a gente for prestar atenção. Esse pessoal trabalha muito, os idosos e crianças ficam muito soltos em casa. A gente termina sendo o pai, a mãe e o filho deles. Até o telefone da gente eles têm pra localizar a gente onde e a gente estiver. Qualquer hora, final de semana, o dia que for. Eles ligam e dizem “Olha ta acontecendo isso, o que é que eu posso fazer” aí a gente diz “passa segunda-feira no posto...” e aí a gente já agiliza a vida deles (Equipe 8).

Como visto em Capítulo anterior, no fluxo do processo de trabalho da equipe, a entrada e recepção do usuário são os momentos privilegiados para acolhimento, escuta e tomada de decisão, visto que são pontos da linha do cuidado de tensão, requisitando o exercício de negociação para direcionamento do usuário dentro do serviço. A solicitação por encaixes no atendimento é frequente, o que gera conflito, e o diálogo é utilizado como tecnologia privilegiada para minimizar o estresse.

No espaço comunicacional das tecnologias leves, o acolhimento pode ser definido como rede de conversação capaz de conformar as tecnologias, não se submetendo a elas. Nesse sentido, o acolhimento atuaria como estratégia que não se restringe a um momento do fluxo do cuidado, mas permearia todo o processo de trabalho gerido pelos fluxos de diálogo, estabelecendo conexões múltiplas entre trabalhadores/trabalhadores, trabalhadores/usuários, e entre serviços (MATUMOTO, 1998; TAKEMOTO; SILVA, 2007; TEIXEIRA, 2003). Por sua natureza de se fazer no encontro e na alteridade, o acolhimento não pode ser apreendido por nenhum saber específico, pois, pela riqueza de seu processo relacional e intersubjetivo, guarda em si certo mistério (CECCIM; MERHY, 2009).

Tesser, Poli Neto e Campos (2010) avançam na definição e proposição do acolhimento como estratégia ética e política que institucionalmente viabiliza a concretização dos princípios fundamentais do SUS, de maneira a reverter a orientação dos serviços de centralidade de suas práticas nas ações programadas para um fazer orientado para as reais necessidades apresentadas pelos usuários, sem abandonar as ações de vigilância. Isso significa que o acolhimento se constitui como postura ética e respeitosa de interesse, compromisso e abertura para com os usuários, ao mesmo tempo em que implica avaliação de risco e vulnerabilidade para eleição de prioridades de intervenção clínica e epidemiológica. Segundo os autores, deve-se considerar que a proposta do acolhimento envolve duas dimensões: uma ética e política em que se busca qualificar a relação dos usuários com os trabalhadores, e outra de modelo de atenção, tendo em vista a facilitação do acesso e a flexibilização do cardápio para respostas mais assertivas às necessidades dos indivíduos e suas famílias.

Isso significa uma nova lógica de organização de trabalho, de potencialização dos encontros para: qualificação da escuta, no sentido de conhecer as necessidades e buscar soluções possíveis dentro das redes de cuidado disponíveis; ampliação e facilitação do acesso, especialmente na APS; estímulo ao exercício do trabalho multiprofissional, de maneira a ampliar a clínica, incluindo outras abordagens terapêuticas e facilitando o cuidado interdisciplinar. A operacionalização da proposta implica na orientação da equipe de Saúde da Família como equipe de referência para o acolhimento, assumindo a responsabilidade de acolher os usuários nas suas demandas, ouvir, negociar e pactuar projetos de cuidado de maneira a responder às suas necessidades da melhor forma possível. Na equipe, um profissional estaria à disposição para receber o usuário na USF, em geral o auxiliar ou técnico de enfermagem, com a árdua responsabilidade de acolher, escutar e fazer uma avaliação qualificada das necessidades individuais, estabelecer prioridades, acionar outros profissionais e tomar decisões em equipe quando necessário. Obviamente, a equipe deve estar disposta e respaldada para compatibilizar agendas e compartilhar responsabilidades num esforço de trabalho multiprofissional, assim como preparada para o exercício cotidiano do acolhimento, que requer competências técnicas e relacionais complexas. Para isso, é preciso disponibilidade para a flexibilidade, desenvolvimento de novas habilidades e abertura para gestão compartilhada dos serviços, que requer investimento em espaços de educação permanente, construção de dispositivos de gestão participativa e estratégias de proteção ao trabalhador, de maneira a capacitar e fortalecer as equipes, minimizar o estresse e estimular sua motivação (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010).

Mesmo sem uma definição clara das equipes sobre a organização do processo de Acolhimento no cotidiano, os relatos indicam configuração de práticas que se aproximam das tendências apontadas pela literatura. A escuta acontece na sala de pré-consulta com auxiliar e técnico de enfermagem e continua no consultório, no domicílio, permeia o cotidiano. Os trabalhadores contam usar a estratégia da conversa para atender necessidades dos usuários que não seriam respondidas com outras tecnologias, pois, em determinadas situações, a necessidade expressa é ser ouvido, compartilhar dores, receber uma orientação ou uma palavra de conforto. Neste sentido, os relatos apontam para o exercício constante do uso dessa tecnologia leve.

B [auxiliar de enfermagem]: nós conversamos com o paciente. O paciente chega aqui tão alterado. Mas você senta com ele você conversa e depois que ele desabafa que teve problema em casa que teve problema com filho e aí ele já não quer mais o atendimento com a médica ele não quer mais a consulta, porque já falou e a gente conversa com ele e ele compreende que não era necessidade da consulta naquele momento e às vezes ele mesmo se expressa dizendo que não é a consulta que ele queria mais, ele queria era conversar e a gente encaminha ele. A gente tem duas psicólogas aqui na unidade. Dependendo do problema a gente faz o encaminhamento pra a psicóloga e ele fica fazendo o acompanhamento com a psicóloga semanal. Dependendo do paciente ele faz o atendimento aqui na unidade ou na residência (Equipe 8).

E [técnica de enfermagem]: é orientando, é encaminhando, dando uma direção. Às vezes a mãe chega assim tão apereada, tão preocupada, querendo uma resolução do problema, né. Então uma orientação naquele momento... acho até que ela saberia sim, se não fosse naquele momento, de estar tão desesperada, e chega e tem esse acolhimento (Equipe 3).

L [técnica de enfermagem]: não, assim, eles chegam, eles querem assim, eles querem toda a atenção, só pra eles, porque já esperaram, já foram, já passaram por ali... Querem agora um momento só pra eles... E às vezes a gente não pode ficar demorando... Aí eles querem contar a briga toda que houve ontem à noite, aí não dá muito certo... porque é uma área assim que às vezes a gente tem muito conhecimento prático (Equipe 1).

Além do conforto emocional, o momento da escuta e do diálogo permite ao trabalhador conhecer o histórico do usuário, viabilizando o trabalho investigativo e ampliando seu conhecimento sobre os fatores determinantes e condicionantes do processo saúde/doença dos indivíduos e suas famílias. Embora os trabalhadores tenham que lidar com a questão do manejo de tempo gasto com as “conversas” e as histórias que são diariamente contadas nos encontros com os usuários, os relatos valorizam a prática do diálogo como possibilidades potentes para a compreensão de casos de difícil solução e intervenção, pela sua complexidade objetiva e subjetiva, como este relatado pela enfermeira da Equipe 12.

M [enfermeira]: observo, e é uma reclamação do pessoal quando vai ser atendido por mim, que são consultas demoradas, de pré-natal... além da consulta, eu vou ouvir o desabafo. Aí eu deixo falar! Então demora demais... todo mundo vai almoçar e eu ainda estou atendendo...

Pesquisadora: e o que aparece nesse desabafo? Qual a razão que você acha que...

M [enfermeira]: é mais a falta de dinheiro, de carinho, de companheiro... muitas gestantes é carinho. Mas eu digo “mulher você tá passando por uma fase de explosão de hormônios, você fica muito sensível, releve...”, essas coisas... outras é a vontade de engravidar, faz 1001 exames, “eu tô grávida, eu tô grávida, eu tô grávida”, e nunca tá grávida, participa do grupo de gestantes sem tá grávida, e a gente pede uma ultrassom e ela nunca vai fazer porque ela sabe que não tá grávida! E fica, e fica e fica... teve uma senhora que eu precisei dizer “chame o seu marido, porque o seu bebê não está crescendo, e eu preciso conversar com ele!” aí eu chamei ele, eu sabia que ela não estava grávida, mas eu disse, “olhe, eu preciso dessa ultrassom com urgência, porque o bebê não está crescendo, aí ele foi e fez, e não tinha bebê nenhum! Foi aí que eu consegui tirar ela, porque ela tinha na cabeça que estava grávida. Outras vezes ela menstrua e diz “abortei”, e nunca esteve grávida. (Equipe 12).

A história contada revela a potencialidade dos encontros e do exercício do acolhimento para avaliação das necessidades, definição de prioridades e busca por soluções sensíveis e adequadas aos contextos singulares que se apresentam, em que se mostra o exercício do autogoverno pelo trabalhador.

Existe o reconhecimento da importância do uso dessas tecnologias leves no cotidiano do trabalho, porém, as equipes, por vezes, manifestam despreparo ou falta de condições para o desenvolvimento do Acolhimento de maneira satisfatória. Recorrentemente abordaram a necessidade de psicólogos atuantes na Saúde da Família, entendendo que esses possuem competência técnica para atuarem nos casos de maior complexidade.

Outra questão abordada foi a inadequação dos espaços físicos das USFs para acolhimento dos usuários, de maneira a respeitar a privacidade e oferecer conforto. Nesse sentido, tal qual Tesser, Poli Neto e Campos (2010) propõem, as equipes dão sinais de necessidade de investimento na qualificação do acolhimento, com a aquisição de mais profissionais (especialmente psicólogo), adequação do ambiente físico, desenvolvimento de educação permanente, apoio da gestão no suporte ao cuidado, dentre outros.

L [enfermeira]: e o tratamento de psicólogo ele tem que ser numa sala reservada pra que não seja interrompido na conversa. E é uma conversa longa, é uma terapia e tem que ser num ambiente bem aconchegante, não pode ninguém estar ouvindo, tudo pessoal, e ela não tem nem condições de fazer isso aqui, porque ela não tem uma sala adequada pra isso (Equipe 7).

Na análise do material empírico, a prática da escuta e do diálogo está presente em maior ou menor grau no cotidiano de todas as equipes, porém, o reconhecimento dessas práticas como tecnologias de trabalho parece ainda ser nebuloso e confuso para os trabalhadores. Contudo, pelo menos três equipes se mostraram bastante sensíveis à necessidade de conhecerem mais e desenvolverem na USF estratégias de “acolhimento” e “clínica ampliada”, o que denota um movimento de valorização dessas tecnologias no processo de cuidado. Dentre essas equipes, uma estava elaborando um projeto de pesquisa e

intervenção sobre satisfação do usuário e acolhimento, com o intuito de melhorar tais práticas no seu processo de trabalho.

J [médica]: na verdade quem, no meu ponto de vista, quem decide é o usuário até hoje, entendeu? Pra onde ele vai... Na verdade eu dou um direcionamento, ou seja, uma informação, Mas quando fala em decisão, quem decide é o usuário, a gente tá trazendo, justamente um dos eixos que a gente tá trabalhando no PET pra melhorar isso é a questão do acolhimento, que a gente ainda não conseguiu implantar na prática, né? Que é uma coisa que é pra gente complexa, porque a gente não conseguiu sair da teoria, e a gente está com um projeto agora pra fazer uma pesquisa sobre a satisfação do usuários, pra a partir daí vê se implanta, porque a gente não tem uma equipe de acolhimento (Equipe 1).

A fala destacada chama a atenção para duas questões dialeticamente relacionadas. Por um lado, **a potencialidade manifesta das equipes para o desenvolvimento de práticas acolhedoras** e, no caso específico destacado, qualificação dessas práticas mediante a busca do conhecimento formal e do desenvolvimento de pesquisa científica. Por outro lado, essa potencialidade não é assim reconhecida pelos mesmos trabalhadores que relatam repetidas vezes ouvir os desabafos e as histórias do usuário e utilizar a conversa como tecnologia terapêutica no cotidiano de seu trabalho. Ou seja, a potência existe, porém, não está sendo reconhecida como tal por seus agentes.

Os resultados dessas práticas potentes de escuta e conversa podem ser percebidos quando os trabalhadores descrevem os caminhos que traçam na busca por respostas e soluções para os problemas e necessidades que se apresentam. Nesse processo, o trabalhador estabelece múltiplas conexões: com universidades, com outras instituições sociais presentes na comunidade, com outros trabalhadores disponíveis na própria UBS, ou em outras unidades de saúde, ou seja, **utiliza da sua rede de relações interpessoal e institucional para conseguir atender as múltiplas e complexas necessidades encontradas**.

S [auxiliar de enfermagem]: [descrevendo sobre as ações desenvolvidas para a comunidade] a apresentação de teatro, literatura, visita domiciliar, terapias na comunidade, sala de espera...

Pesquisadora: terapia?

S [auxiliar de enfermagem]: Terapia na comunidade dia de quarta à tarde.

Pesquisadora: e quem é que é que é responsável?

H [assistente social]: o meu trabalho é um pouco diferenciado, porque é um trabalho muito subjetivo, apesar de a gente estar integrado na maioria das ações aqui, mas na parte de promoção da saúde, como Fulano já falou, a gente trabalha a parte dos grupos, trabalha com os eventos da caminhada... a gente sempre tá junto, todos os profissionais, na maioria das vezes. E o meu trabalho aqui, como eu não sou da equipe, não existe uma programação que diga quantas visitas eu tenho que fazer por mês, mas quando os agentes chegam, ou a própria Fulana enfermeira, ou a Beltrana médica, qualquer profissional que detecte algum problema com algum paciente, então me chama, pede pra eu fazer uma visita, pra gente ter uma visão do todo. Porque muitas vezes quando vai fazer uma visita a gente descobre uma criança que está fora da escola, que está faltando alguma pessoa pra fazer o cartão SUS, um benefício que a pessoa poderia ter direito e muitas vezes ela nem sabe, eu só trabalho os

problemas, quando as pessoas não conseguem resolver, aí me procuram. Então muitas vezes eu fico com o usuário 1 hora, 1 hora e pouca, porque muitas vezes eles chegam pra desabafar, porque eles vivem numa situação de tanta miséria, de tanta carência, que eles não conseguem resolver a maioria dos problemas e chegam pra gente pra desabafar, que às vezes a gente chega a ser até um pouco psicóloga [...]

H [assistente social]: muitas vezes me procuram por uma questão de uma criança que está fora da escola, a gente começa a conversar, muitas vezes eles chegam a denunciar maus-tratos na comunidade, crianças que estão sendo maltratadas pelos pais, usuários de drogas, pessoas que precisam de tratamento, muitas vezes na própria família desse usuário, e a conversa que a gente tem é muito rica nesse sentido, porque a gente descobre vários problemas que a gente pode ajudar, não muitas vezes aqui, mas na referência. A gente encaminha pessoas pra CAPS, que é o Centro de Atenção Psicossocial, para as escolas, uma criança especial que precisa de uma AAPE, que são as organizações não governamentais que muitas vezes fazem o papel que o governo deixa de fazer, e a gente consegue fazer essa ponte. Então são muitos problemas, os mais variados possíveis, e às vezes a pessoa fica lá e a gente consegue ajudar, a gente não consegue resolver o problema, porque a gente se depara com muitos limites também, e tem a questão da contrarreferência, mas a gente percebe que a pessoa sai mais aliviada só de conversar com ele.

B [enfermeira]: e nesse caso aí a gente tinha uma média de 30% só de crianças na escola, de acordo com o perfil epidemiológico e social a gente detectou, ela contatou com a escola e hoje a gente está com 90% das crianças na escola. E à medida que eles percebem que tem alguém fora da escola, sensibiliza também, e a escola é integral, passa o dia todo lá. A mesma coisa é a parceria que a gente tem com o SESC, a gente atende com essa parceria, as mães, as crianças com time de futebol, a mãe fazendo artesanato, reaproveitando lixo, os adolescentes aprendendo jardinagem, e os adolescentes aprendendo no “Conversando com saúde” (Equipe 9).

Tais práticas de acolhimento, com essa potência de resposta às necessidades da comunidade foram observadas com vários graus de intensidade nas diferentes equipes. Situação que chamou a atenção foi que as equipes que demonstraram maior integração entre os trabalhadores e um vínculo mais forte com a universidade foram aquelas que relataram com mais detalhamento e clareza a obtenção de resultados com o **exercício cotidiano da intersetorialidade e interdisciplinaridade**. Em outras palavras, as práticas de integração se retroalimentam: vínculos interpessoais, interprofissionais e intersetoriais geram práticas integradas que fortalecem seus agentes e potencializam sua capacidade criativa.

Nesse contexto, emergem os conceitos de satisfação e insatisfação do usuário e do trabalhador, como um campo subjetivo que reflete a qualidade da rede de cuidado tecida. De maneira geral, observamos que a satisfação do trabalhador está diretamente proporcional à satisfação do usuário. Como relatado anteriormente, muitas vezes o usuário se satisfaz e vê sua necessidade atendida com a troca de afeto e atenção proporcionados pela escuta e diálogo tidos com os trabalhadores, o que significa um reforçador para que as equipes continuem utilizando essas tecnologias leves como qualificadores do seu cuidado.

A partir disso, entendemos que a tendência da rede de subjetividade presente no cotidiano dessas equipes é de ampliação e fortalecimento, embora a política da ESF ainda atue

no sentido de enquadrar e engessar as práticas dentro dos programas protocolados nacionalmente.

As linhas de cuidado vêm sendo desenhadas com as propriedades e finalidades até aqui discutidas, de maneira que mesmo estando assentadas na base duramente estruturada preconizada pela Saúde da Família, não se restringem a ela.

Se construirmos uma analogia para a rede intersubjetiva de cuidado, a composição do filé alagoano tecido no dia a dia das equipes entrevistadas se dá da seguinte forma: o material da linha é o vínculo, aprofundado e fortalecido pelos sentimentos de amizade, confiança e intimidade desenvolvidos com a comunidade; o que dá forma à linha é a expressão do compromisso e responsabilidade da equipe pelo seu trabalho e pelos usuários que expressam sua necessidade; os desenhos diversos e coloridos do filé são desenhados com a linha do cuidado como espaços múltiplos de escuta e diálogo que permeiam o cotidiano dos sujeitos, e, por fim, o produto obtido, o filé de renda, tem a finalidade de abrigar o sofrimento humano, ou seja, buscar soluções para as necessidades de saúde que emergem do cotidiano. Lembrando que a renda não pode ser cosida livremente, visto que está condicionada a uma série de prerrogativas impostas pela política da ESF, porém, seus atores encontram nessa base sólida, assim como as rendeiras alagoanas encontram nas suas redes de filé, brechas para exercitar sua capacidade criativa de autogoverno.

Nessa analogia, simbolicamente podemos dizer que, embora todos os elementos necessários para trançamento da renda de filé pelos trabalhadores e usuários estejam presentes nas equipes estudadas, sua qualidade varia de acordo com a qualidade da linha e dos desenhos e, conseqüentemente, do produto final. Nesse sentido, nas relações com vínculo mais tênue ou cujos espaços de escuta estão pouco definidos ou valorizados, o tecido pode apresentar sua qualidade comprometida. Isso não significa que as equipes não estejam tecendo. Significa que elas tecem, porém, têm potencial para tecer ainda mais e melhor o que resultará em um produto mais resistente, bonito e útil, ou seja, mais próximo de um cuidado humanizado e integral.

Finalizando, dentre as potencialidades observadas e até aqui discutidas neste tema, destacamos que, embora sejam as tecnologias duras e leve-duras as mais legitimadas pelos trabalhadores como instrumentos de seu trabalho, **a percepção crítica** que possuem sobre a situação de vulnerabilidade social da comunidade abre espaço para os encontros intercessores onde os usuários podem expressar suas necessidades. Nesses encontros, **a escuta e o diálogo se manifestam como tecnologias leves** de grande potencialidade para a prática de cuidado humanizado, embora não sejam assim reconhecidos e valorizados por seus agentes. **Os laços**

de afeto e amizade constroem o vínculo entre trabalhadores e usuários, dando vazão a um clima de intimidade que estreita as relações, tornando-as mais horizontais. Se por um lado essa proximidade facilita o cuidado singular e individualizado, promovendo uma atenção com ênfase nas necessidades reais, por outro, o trabalhador por vezes se sente ameaçado por essa realidade, considerando o contexto de pobreza e violência na qual estão inseridos. Nesse caso, a potência aparece também como ponto de fragilidade da linha do cuidado, como expressão própria das contradições presentes nos encontros intersubjetivos em que ocorrem enfrentamentos de singularidades.

A prática do acolhimento por meio da escuta e do diálogo marca o cotidiano de trabalho das equipes, embora não esteja definido como estratégia institucional de organização do trabalho. Ele permite que **o trabalhador conheça a história e as necessidades reais do usuário, avalie o contexto, defina e eleja prioridades de intervenção e proponha soluções criativas** amparadas por saberes variados. Dentre esses saberes, reconhecem a importância do conhecimento formal e da pesquisa científica como aliadas na busca por soluções às necessidades que se apresentam.

Na conformação da rede de cuidado trançada pelas diferentes equipes, observamos uma capacidade explícita e incessante para a utilização de suas redes de relações pessoais, profissionais e institucionais, nas quais estabelecem múltiplas conexões e possibilidades para dar resposta às necessidades trazidas pela comunidade que desafiam por seu grau de complexidade subjetiva. Cabe-nos, agora, desvendar como essas redes, com suas potências e fragilidades, se aproximam de um desenho de cuidado que subverte o modelo hegemônico e aponta caminhos para um modelo de atenção fundamentado na integralidade e na promoção da saúde.

9 TECENDO UM MODELO DE ATENÇÃO: APROXIMAÇÕES E CONTRADIÇÕES

Então a gente integra as ações na medida em que se pode, porque às vezes a gente não é tão ideal assim, mas dentro do que dá pra fazer a gente está sempre integrado.

B, enfermeira, Equipe 9

Considerando as discussões traçadas até o momento neste estudo, é possível vislumbrar um quadro bastante complexo, desafiador e potente da situação de trabalho e saúde em que as equipes da ESF e a população de Maceió estão imersas. O quadro social e sanitário desigual e de alto risco das comunidades, o contexto de trabalho com grandes deficiências e insuficiências materiais e humanas desenham um cenário árduo de trabalho, mas que já apresentam potencialidades concretas de mudanças positivas no modelo de atenção.

Considerando esse quadro, no terceiro e último tema que emerge deste estudo, nos deteremos na discussão nada fácil de sintetizar como o modelo de atenção vem sendo construído pelos atores da saúde pesquisados, com o esforço de sinalizar quais tendências se apresentam no discurso dos sujeitos que indicam aproximações e contradições relacionadas à construção de um modelo de atenção pautado pelos princípios do SUS.

Utilizamos como conceito de modelo de atenção aquele definido por Mendes-Gonçalves (1994) e reiterado por Ayres (2009).

Entende-se, aqui, por modelo de atenção à saúde a convergência de horizontes entre os diversos discursos acerca de modos de operar e gerir as tecnologias de atenção à saúde de indivíduos e populações. Vale lembrar que essas tecnologias nunca são completamente moldadas pelos modelos. Tal como os entendemos aqui, os modelos nascem de experiências e potencialidades inscritas em um conjunto de técnicas e arranjos tecnológicos, que incluem os conceitos e teorias postos em uma dada circunstância histórica e social (AYRES, 2009, p.18).

Nessa direção, olharemos para as potencialidades situando-as no conjunto tecnológico utilizado pelas equipes e nas concepções políticas e éticas por elas manifestas. Para isso, a análise foi organizada nos subtópicos: *O que se projeta tecer - concepções de saúde e cuidado expressas pelas relações de demanda e oferta*, e *Tecendo ações que sinalizam a travessia - entre o modelo que se tem e o modelo que se quer*, nos quais buscamos discutir as aproximações e contradições. Porém, anteriormente a essa discussão e no intuito de fundamentá-la, contextualizaremos a circunstância histórica e social na qual esse movimento

se desenha e se fundamenta, problematizando o esforço brasileiro de desmedicalização das práticas e as alternativas que se configuram para mudança de modelo.

9.1 Matéria-prima que se apresenta: o contexto de mudança

A discussão de modelo de atenção no contexto de fortalecimento e avanço da implementação do SUS se constitui em uma preocupação dos sanitaristas e acadêmicos da RSB, repercutindo em interfertilizações das produções e experimentações teórico-práticas da Saúde Coletiva com resultados e tentativas de mudanças em diversas frentes. No âmbito nacional, tais produções têm provocado impactos, como alguns já mencionados neste estudo, como a criação e expansão da Estratégia Saúde da Família e o HumanizaSUS. Para além das políticas nacionais, algumas experiências em cenários brasileiros particulares têm se mostrado bastante fecundas, como é o caso da rede integrada em desenvolvimento em Belo Horizonte (MAGALHÃES JÚNIOR; OLIVEIRA, 2006) e as equipes de apoio matricial em Campinas (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Estratégias diversas relacionadas a essas experiências e seus idealizadores têm sido experimentadas em diversos contextos, como é o caso do Acolhimento, Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular, Projeto de Felicidade, Cidades Saudáveis etc. A última publicação da PNAB (BRASIL, 2011c) lança outras perspectivas para a configuração da rede de atenção à saúde na Atenção Básica que dialoga com esse movimento, com a ampliação das equipes atuantes na APS, envolvendo Consultório de Rua, Caps e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), numa lógica de facilitar a integração dos serviços e estimular o trabalho em equipe multiprofissional, com ênfase nas necessidades de saúde singulares trazidas pela população. Concomitantemente, lança a ideia circular de rede, inicialmente proposta por Cecilio (1997), colocando a APS como principal porta de entrada do sistema, mas não como única, de forma que os outros serviços também possam estar preparados para receber os usuários, num sistema aberto, integrado e articulado de atenção.

Esse conjunto de experimentações vem no sentido de reversão do modelo de atenção à saúde hegemônico, dito modelo biomédico. Reconhecidamente e como já discutido em outro momento, existe predomínio secular das práticas de saúde focalizadas na doença e na fisiopatologia do corpo, herança da ascensão e consolidação da medicina moderna nos séculos XVIII e XIX. Os avanços da biologia amparados pela corrente filosófica positivista da ciência

moderna significaram, por um lado, conquistas importantes para cura, controle e erradicação de doenças, porém, por outro, consolidou práticas fragmentadas e medicalizadas de atenção que não são suficientes para resolver os complexos problemas de saúde que se apresentam na atualidade.

Silva Júnior (1998) e Campos (2010) utilizam Foucault (2008) e estudos de extração marxista para discutir o processo de medicalização social predominante nas sociedades ocidentais. As práticas e saberes da medicina estão relacionadas com às instâncias da totalidade social: a uma estrutura econômica, composta por forças produtivas e relações de produção, e a uma superestrutura que compreende instâncias jurídico-políticas e ideológicas. Nesse contexto, a medicina e os serviços de saúde passam a atuar como instituições normativas da sociedade, intervindo nas questões comportamentais e de crescimento urbano-industrial com objetivos de proteção das relações de produção, com controle de epidemias, reprodução física da força de trabalho e o consumo de saúde.

A medicina articula-se à reprodução da ideologia do capitalismo (liberalismo, individualismo, consumo), de maneira que a economia passa a transformar a linguagem médica: a vida passa a ter um preço e sua manutenção tem um custo que é proporcional à posição social dos indivíduos no conjunto da sociedade (SILVA JÚNIOR, 1998). Para o Estado, a medicina tem um valor de ordenação e dominação social, por seu caráter normativo e disciplinador que auxilia a organizar a vida coletiva e individual. Existe uma produção de subjetividade que alimenta o poder exercido sobre os indivíduos de interferência na redistribuição de corpos, remanejamento de espaços e reforma da vida cotidiana, à medida que produz positivities pela sua eficácia curativa (CAMPOS, 2010). Ou seja, o domínio da medicina sobre a vida das pessoas é poderoso, pois traz benefícios concretos para a saúde, o que facilita a ordenação e dominação social do Estado sobre os indivíduos.

Entretanto, Foucault (2003) discute que a medicina sofre uma interferência científica importante na maneira de investigar e exercer a clínica, na medida em que separa a doença do corpo, criando especializações da doença, o que provoca uma lógica positivista e mecanicista do saber médico, que não considera mais a individualidade, e sim a doença que atinge vários indivíduos.

Campos (2010) descreve que, nessa lógica, algumas características centrais se consolidam no imaginário da biomedicina, dando forma ao chamado paradigma biomédico: percepção do corpo humano como máquina e da doença como defeito que pode ser resolvido com técnicas padronizadas a serem aplicadas da mesma maneira em quantas máquinas apresentarem o mesmo defeito; as causas das doenças são materiais e ocasionadas por lesão

ou germe que ataca o corpo (a máquina) e devem ser identificadas através de um diagnóstico do problema material a partir da procura por sinais e sintomas no corpo; e o tratamento segue a lógica do reparo da máquina, com utilização prioritária de medicamentos e procedimentos cirúrgicos. Nessa lógica, as relações com os pacientes são autoritárias, focalizadas no saber médico e desconsiderando a realidade social vivida pelas pessoas e a subjetividade presente nas relações estabelecidas com outras pessoas e com a própria patologia.

Autores como Campos (2010), Cecilio (1997) e Tesser, Poli Neto e Campos (2010), Mendes (2010) destacam que a crise paradigmática do modelo biomédico desponta no século XX ao provocar efeito inverso ao esperado, o que os autores chamam de iatrogênese social e cultural. Na lógica de consumo de procedimentos médicos que simbolicamente trazem “saúde” para as pessoas, existe uma corrida pelo consumo de tecnologias cada vez mais especializadas que causam uma dependência que não resulta de fato em melhoria na vida e saúde. Além disso, os indivíduos nesse processo, perdem cada vez mais sua capacidade de ação sobre sua própria vida e seu ambiente, nutrindo a falsa ideia de que o medicamento ou a técnica médica vai resolver todas as suas necessidades de saúde.

A crise da medicina contemporânea é explicada por Mendes (2010, 2011) como uma incoerência ocasionada pela situação de transição demográfica e epidemiológica completa nos países desenvolvidos, e de dupla ou tripla carga de doenças nos países em desenvolvimento. Para o autor, a situação de saúde se configura com predomínio das condições crônicas que não são respondidas com eficiência e efetividade por serviços de saúde organizados para atender prioritariamente as condições agudas. Dessa maneira, os sistemas são falhos, pois não conseguem acompanhar a tendência de diminuição dos agravos agudos e expansão dos crônicos.

Nessa conjuntura, desde a década de 70, no âmbito dos estudos e políticas formuladas no campo da Saúde Coletiva brasileira, existe um processo de iniciativas e reformas no sistema de saúde público para responder a essa crise. Como já amplamente discutido neste estudo, o SUS chega como conquista contundente desse processo de mudança paradigmática da saúde, com o grande desafio de reverter o modelo de atenção, amparando-se nos princípios fundamentais e estruturantes de universalidade, equidade, integralidade, regionalização e participação popular, que são os valores e princípios trazidos pela APS renovada e apontados na introdução.

Na discussão de reversão do modelo, podemos apontar duas vertentes exploradas pelos autores da RSB como caminhos para a mudança: uma macropolítica, com a proposição de rede integrada dos serviços de saúde (CECILIO, 1997, 2001; MENDES, 2010, 2011), e

uma micropolítica com a aposta de mudança da atenção a partir das práticas cotidianas, mediante uma reestruturação produtiva da saúde (AYRES, 2009; CAMPOS, 2010; FRANCO; MERHY, 2012b; MERHY, 2007). Ambas as vertentes estão articuladas e fundamentam-se em um princípio comum e basilar, a integralidade.

Conceitos, estratégias e experiências de integralidade na saúde vêm sendo discutidas pioneiramente no Brasil pelo Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde - Lappis, que agrega e dialoga com diferentes correntes de pesquisadores da Saúde Coletiva brasileira. São múltiplas as abordagens utilizadas para definir a integralidade e seu papel na reconfiguração do modelo de atenção, porém, sem a pretensão de esgotar seu sentido e a riqueza conceitual e estratégica desse princípio, nos valeremos das definições de Cecilio (2001) para forjarmos uma aproximação.

Para o autor, pode-se falar de duas dimensões da integralidade: a focalizada e a ampliada. Na primeira, a integralidade pode ser definida como esforço da equipe de um serviço de saúde em interpretar as necessidades de saúde trazidas pelos usuários, buscando estratégias que resolvam as questões da melhor maneira possível. Nesse processo, a equipe terá que se amparar sempre por uma postura dialógica entre os atores do cuidado, com ênfase em práticas multiprofissionais e interdisciplinares que tenham como foco o sujeito singular e suas expressões objetivas e subjetivas.

Em relação ao que Cecilio (2001) denomina integralidade ampliada, a referência está no plano macropolítico e envolve o conjunto de serviços de saúde que compõe um sistema de saúde. Nessa perspectiva, a ideia é de criação de redes de atenção, de maneira que os serviços estariam integrados, superando a lógica fragmentada e hierarquizada da pirâmide, que focaliza a doença e as tecnologias dispostas em nível de complexidade (dura) para uma atenção prioritariamente medicalizada. A premissa máxima da integralidade ampliada é o entendimento de que todos os esforços de articulação institucional devem ser traçados com o foco na promoção da saúde das pessoas, o que implica dar espaço para as diversas tecnologias disponíveis nos serviços para melhorar e prolongar a vida, bem como investir na qualidade de vida das pessoas por meio do exercício da intersetorialidade. Isso implica numa rede com múltiplas entradas, múltiplos fluxos, traçados pelas representações de necessidades singulares dos indivíduos.

No Brasil, como já abordado neste estudo, a prioridade de expansão da ESF como estratégia de ampliação da APS está ancorada nessa perspectiva de mudança de modelo, e traz avanços à medida que amplia o acesso, institui a ideia de continuidade e longitudinalidade do cuidado, aproxima os trabalhadores do território e das vivências cotidianas das pessoas, e

redefine a noção de rede como uma cadeia de cuidados progressivos da saúde (PINHEIRO; FERLA; MATTOS, 2006). Por outro lado, a configuração da APS no Brasil não rompe com a tradição médica de produção de relações enrijecidas, fragmentadas e normatizadas com os usuários, que, como já discutido neste estudo, implica numa organização de trabalho voltada para o cumprimento de programas e protocolos. Na última década, iniciativas para inserção e valorização das tecnologias leves nesse contexto têm surgido como esforços no caminho de reversão do modelo e aproximação com um cuidado integral (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010)

Ao olharmos para o material empírico produzido neste estudo, observamos claramente as contradições presentes no cotidiano do trabalho das equipes de Saúde da Família, em que coexistem forças mantenedoras e dissidentes do modelo hegemônico. Considerando que nesse amplo e complexo jogo de forças, o processo de trabalho é uma das instâncias fundamentais para que a mudança aconteça no sentido da construção de modelo orientado pela integralidade, nosso esforço é de identificar e discutir as potencialidades presentes nessas contradições que caminham para um cenário de mudança positiva.

Ampararemos em Ayres (2009) o nosso olhar sobre as potencialidades expressas pelos trabalhadores, onde o autor discute em três planos analíticos – saber, técnica e ética – proposições conceituais em relação ao processo de trabalho que convergem para o princípio da integralidade. Em linhas gerais, o saber no trabalho deve estar ampliado para a ótica da vulnerabilidade com ampliação da interpretação do contexto; a técnica deve se constituir em instrumento na busca pelo cuidado integral, enfatizando o território de tecnologias leves no compromisso por construir *projetos de felicidade*; e a ética deve estar fundada na emancipação dos sujeitos mediante a humanização das práticas.

9.2 O que se projeta tecer: concepções de saúde e cuidado expressas pelas relações de demanda e oferta

Resgatando a discussão micropolítica do processo de trabalho em saúde, temos que o trabalhador em seu contexto de trabalho sofre influência do plano histórico político e cultural no qual está imerso, de maneira que a demarcação de suas concepções de saúde, doença e cuidado definirão o objeto de trabalho em seu cotidiano. Isso significa dizer que se tomamos como objeto do trabalho em saúde a pessoa com necessidades, a depender da concepção de

saúde e doença difundidas em determinado ambiente político, institucional e cultural, tais necessidades serão legitimadas pelos trabalhadores como objetos passíveis de intervenção, de acordo com o que tomam culturalmente como saúde, doença e cuidado.

Nesse sentido, a concepção manifesta verbalmente e pelas ações pelo conjunto de trabalhadores em seu cotidiano nos dão pistas para o modelo de atenção que vem sendo desenhado pelos atores da saúde. De maneira que uma visão mais biologicista do processo saúde/doença e medicalizada do cuidado produzirão um modo de fazer majoritariamente centrado na cura e nos procedimentos médicos sustentados por tecnologias duras e leve-duras. Na mesma lógica, o outro caminho, voltado para um modelo de integralidade, também é possível. Isso porque, no momento que o trabalhador define o seu objeto de trabalho, ele está exercitando sua capacidade de autogoverno mediada pela essência teleológica do trabalho de construir abstratamente projetos, que lhe permite imaginar o produto que será produzido. Portanto, visualizar as concepções presentes nos fornecem elementos para identificar que projetos têm sido vislumbrados pelos trabalhadores investigados. No material empírico estudado, observamos que **os trabalhadores revelam suas concepções de saúde descrevendo a demanda trazida e as concepções manifestas pelos usuários.**

Na discussão sobre demanda traçada por autores como Franco e Merhy (2005), Pinheiro (2001) e Pinheiro et al. (2005) é sinalizada como a manifestação da demanda revela o modelo tecnoassistencial presente, visto que constitui um fenômeno histórica e socialmente construído. Os autores problematizam os conceitos de demanda e oferta, como originários da economia clássica e que, alinhados à construção histórica da medicina moderna, tendem a associar demanda à manifestação anormal do corpo individual ocasionada pela doença. Nessa lógica, demanda e oferta são concebidas numa lógica de mercado, em que o usuário (consumidor) está separado do prestador (trabalhador), estabelecendo relações de troca, em que se desconsidera o contexto em que os sujeitos se inserem. Os autores ressaltam a necessidade de interpretação das relações estabelecidas entre demanda e oferta no cotidiano da produção do cuidado, no sentido de ampliação da compreensão das necessidades de saúde expressas e adequação das práticas ofertadas, na busca pela mudança de modelo e efetivação dos princípios do SUS.

Franco e Merhy (2005) avançam nessa discussão ao sinalizar ruídos comuns presentes no cotidiano dos serviços de saúde, de descompasso entre o que o usuário traz como demanda, fortemente marcada por um modelo explicativo focado na doença, e o que os trabalhadores entendem como práticas efetivas. Nesse campo simbólico complexo, os autores discutem como os significados configurados no imaginário dos sujeitos envolvidos com o

cuidado definem a demanda. Estabelecem três aspectos a serem considerados nesse processo de significação: que demanda está sempre associada à oferta, ou seja, o indivíduo procura o que sabe ser ofertado, que a demanda em um serviço de saúde se constitui em necessidades não supridas por outros serviços, e a associação que o indivíduo faz de que produtos oferecidos no serviço podem, por si só, resolver seus problemas de saúde.

Pinheiro (2001) contribui nessa discussão, ao utilizar os conceitos de cotidiano, demanda e oferta para refletir sobre a integralidade, tida como ação social de permanente interação entre seus atores que, necessariamente, envolve as relações de demanda e oferta na produção cotidiana do cuidado. No estudo de caso que apresenta, localizado em Volta Redonda, Rio de Janeiro, a autora examina tais relações trazendo as percepções dos sujeitos sobre doença, saúde e cura, visto que refletem os desejos e as significações desses sobre o que é saúde e como avançá-la/produzi-la.

Considerando, portanto, que as significações sobre a demanda lançam luzes para as concepções de saúde presentes no cotidiano de trabalho e como essas vêm se aproximando (ou não) de um modelo amparado pela integralidade da atenção, abordaremos, a seguir, como os trabalhadores apresentam tais demandas e a relação que fazem sobre o papel do serviço nesse contexto, a fim de traçarmos quais concepções de saúde/doença e cuidado orientam os agentes em seu fazer cotidiano.

Na presente investigação, todas as equipes são unânimes em afirmar que o usuário sempre procura a unidade de saúde com uma queixa clínica, em busca, prioritariamente, de atendimento médico para aquisição de medicamentos, exames e atestado médico. Os trabalhadores expressam **incômodo com essa “visão” curativa** que a comunidade possui em relação à ESF, reiterando repetidas vezes que a Saúde da Família deveria ter um caráter mais preventivo que curativo.

E [ACS]: é uma crença danada nessa cura! O doutor não passou nada, a mulher e eu dizendo que não era preciso, mas tinha ver, quer ir pra ele, só pro médico, porque acha que só ele é quem vai resolver, porque ele passa o remédio, entendeu? Num quer saber de dieta, num quer saber de atividade física, é só o remédio! Toma o remédio, então tem que procurar adequar as outras coisas, senão o remédio não vai fazer nada!

M [enfermeira]: dá muito ênfase a parte curativa, né? Ninguém leva em consideração, ninguém que eu falo o usuário, ninguém leva em consideração a parte de prevenção de doenças, né? É mais realmente procurando tratamento e assim e acham que o tratamento, a cura de doenças, o controle de algumas doenças dependem exclusivamente da medicação, quando na verdade, ela colocou muito bem, quando muitas vezes requer outras coisas, dieta adequada, atividade física, né? Então essa parte que a gente tenta orientar (Equipe 1).

Pesquisadora: Que tipo de problema que eles apresentam?

Z [ACS]: às vezes até por conta de uma gripe, de uma febre, ele quer ser atendido naquele instante. Mostrar um exame...

I [ACS]: e se não sair com um remédio, sai reclamando...

Pesquisadora: quais são os principais problemas de saúde da comunidade?

H [médico]: então, a gente nota aqui que infelizmente o processo ainda continua curativo, e isso traz esse problema que a gente estava debatendo aqui, de que a pessoa quer ser atendida, e ainda, dentro do entendimento da comunidade, essa pessoa mais importante, entre aspas, seria o médico, o atendimento médico. Então ele quer, porque quer ser atendido por um médico. Como a gente aqui é uma ESF que, digamos assim, é privilegiada, a gente tem outros setores que a maioria das equipes não tem. Então a gente tem nutrição, psicologia, fisioterapia, serviço social, a odonto já tem há muito tempo aqui, que na maioria das equipes não tem... mas o atendimento principal é para o médico, e para que a gente resolva problemas que não são da atenção básica (Equipe 6).

Os relatos comumente descrevem embate entre a demanda por serviços médicos e a oferta das equipes. Nos discursos, a característica dos usuários de centralizar sua busca no atendimento e nos procedimentos médicos gera conflitos e tumultos no cotidiano do trabalho, pois sobrecarrega o profissional médico e fere ou desprestigia outros serviços oferecidos pelas equipes e por elas valorizados, como atendimentos com outros profissionais, orientações de prevenção, participação em grupos educativos etc.

Entretanto, embora os trabalhadores sinalizem inadequação da demanda da comunidade, o que se observa é que essa conhece com detalhes a rotina do serviço e a ela se adéqua, buscando um canal de comunicação e de entrada, que parece ser aberta com mais rapidez e agilidade quando a queixa é clínica. Ou seja, conforme vimos em Capítulo anterior, a moeda com maior valor para acesso ao serviço é a queixa clínica, pois a oferta está toda configurada para dar resposta às doenças e seu controle e cura. Como discutido no tema 2, uma vez dentro do serviço, o usuário aproveita para desabafar suas dores e seus problemas além da queixa física.

L [ACS]: mas tem que mudar um pouquinho o jogo! Por que ele quer a médica? Porque a A é enfermeira... se for uma coisa de remédio de coisa que ela pode passar... Mas, geralmente, eles querem atestado porque não foram trabalhar. Eles querem remédio controlado, remédio pra infecção. Então eles exigem a médica porque eles se automedicam. Eles acham assim: “vou falar com a médica porque eu tou doente assim, assim e assim e quero que ela passe ultrassonografia. Eu digo: “minha filha ... você vai pra médica contar a sua história ...”

Pesquisadora: então eles já chegam com uma decisão ...

L [ACS]: já querem uma decisão! Por isso procuram mais a médica. Agora quando eu digo, vamos para a enfermeira que a enfermeira resolve, eles vêm pra enfermeira agora quando eles precisam de atestado, alguma coisa assim eles querem a médica de qualquer jeito (Equipe 8).

Segundo Pinheiro (2001), nem sempre a demanda reflete as necessidades de saúde, seja pelo desconhecimento dos problemas reais ou pela ausência ou indisponibilidade de

oferta; de forma que, possivelmente a demanda apresentada pelos usuários reflete a oferta dos serviços oferecidos pela equipe, embora não retrate fielmente suas reais necessidades.

Tanto a demanda explícita por serviços médicos e as outras necessidades implícitas, que nem sempre são traduzidas e decodificadas pelos trabalhadores, se manifestam num caráter de urgência e imediatismo. Os trabalhadores sentem-se coagidos e insatisfeitos com a pressão de certos usuários para serem atendidos na hora que desejam. Os trabalhadores referem que isso dificulta o cotidiano de trabalho ao afetar a programação de atendimento e a desvirtuar o trabalho de acompanhamento das famílias e dos usuários.

E [auxiliar de enfermagem]: é... imediatismo. Chegar, num quer demorar 30 segundos, nem um minuto, porque a gente já deixou avisado na recepção que qualquer pessoa que chegar pra um atendimento a gente já orienta logo “senta aí na cadeira que a gente vai chamar a pessoa competente”, porque muitos vêm pra pesar, um ou outro, a grande maioria, muitos vêm pra vacina, enquanto outros lá nas outras unidades é completamente diferente, é todo mundo pegando ficha, né, acabou a ficha, acabou o atendimento. E aqui já funciona diferente, a gente chega pra remédio, é atendido, chega pra vacina é logo pronto atendido, num tem história de tá distribuindo ficha nem nada (Equipe 2).

R [dentista]: na verdade é um trabalho assim, difícil, viu, a triagem é a parte mais complicada aqui, é fazer triagem.

Pesquisadora: porque é que vocês acham mais difícil?

M [auxiliar de enfermagem]: porque às vezes a gente tem que dizer um “não”... não tem como encaixar no momento...

Pesquisadora: entendi... às vezes não tá agendado (todos dizem “é”).

M [auxiliar de enfermagem]: às vezes não tá agendado, aí vem, mas a gente não tem mais vaga, aí a situação é difícil, a gente tem que explicar né, àquela pessoa, que naquele momento não está tendo condições de encaixar, pede pra vir num outro horário, ou se for uma coisa que a gente vê que não dá pra esperar, a gente fala com o médico, né, pra o médico já encaminhar pra emergência, essas coisas...

Pesquisadora: entendi... aí acontece conflito, como é?

M [auxiliar de enfermagem]: exatamente! As vezes as pessoas se aborrecem, desabafam em cima da gente, né (todos riem).

Pesquisadora: aí vocês pedem apoio dos colegas, pra equipe? Como acontece isso?

R [dentista]: não elas já estão acostumadas [todos riem e concordam]. É porque na verdade assim, quem vem agendado, não, porque já tá naquela rotina, mas às vezes acontece uma coisa assim, uma emergência, que a pessoa quer ser atendida na hora, mas às vezes não é nem emergência [ênfatisa a palavra ao falar], porque a gente tem aqueles atendimentos que não são de emergência, então às vezes a pessoa amanhece assim, quero ir pra o médico hoje, porque eu tô com uma coisinha que pode esperar pra o dia que pode ser marcado, mas ele quer hoje, agora, no momento, e como a gente trabalha com agendamento, aí fica complicado, aí elas que estão na triagem, é que fica, né, às vezes tem que dizer um não, porque é difícil, porque eu nunca vi uma pessoa que chega realmente assim, com uma necessidade, verdadeira, voltar, né. Eu sei até porque a gente mesmo que tá atendendo, médico, dentista, a gente não tem essa condição de mandar um paciente voltar, ele precisando de atendimento. Você pode estar com a sua agenda lotada, mas você vai ter que atender, até pela questão da ética profissional. E elas também estão capacitadas pra isso, mas às vezes os grandes problemas são daqueles casos que não há necessidade daquele encaixe no momento e a pessoa não aceita, aí realmente é...

M [auxiliar de enfermagem]: e não gosta de marcar, vem o dia e a hora que bem quer, porque a gente já conhece a comunidade, né... (Equipe 4).

As equipes manifestam **sua compreensão em relação às características da ESF que a diferencia dos serviços de emergência**, de maneira que conseguem vislumbrar uma ruptura do seu fazer quando são “coagidas” pelos usuários a seguir uma lógica de produtividade e de “consumo de saúde” que sabem não corresponder a um modo de atenção que se propõe a ESF, como podemos observar no depoimento a seguir.

J [médico]: agora uma coisa que nos angustia, é a necessidade que eles sentem de querer fazer exames complementares, e o que acontece muitas vezes é que o sistema não comporta ... primeiro às vezes não é nem preciso, muitas das vezes eles chegam pra gente e a gente pergunta “qual é o motivo da sua consulta?”, e eles dizem “eu quero pedir exame de sangue, de fezes e de urina”, e isso é uma rotina muito frequente no consultório. E nem sempre é preciso esses exames, e o próprio serviço não dá conta de ofertar toda essa quantidade de exame. Outra dificuldade é conseguir fazer esse exame, já que ele tem que se deslocar da unidade pra fazer em outros locais, ou seja, o acesso até esses locais, outra é ele ir buscar, e outra é ele retornar pra gente. Então o serviço acaba congestionando até pra os próprios agentes conseguirem remarcar, a gente tem que abrir, por exemplo, várias agendas pra resultados de exame, de tanto que é a demanda... porque cria-se essa demanda grande por exames, e acaba congestionando a marcação na agenda na... tanto é que a gente abre alguns espaços para marcação de resultados de exames, porque senão ele congestionaria o restante da agenda (Equipe 12).

Os trabalhadores reforçam a ideia de que a Saúde da Família propõe um modelo diferenciado de atenção, com ênfase para ações de prevenção e controle da doença e promoção da saúde, com foco na família e numa atenção resolutiva. Ao mesmo tempo, manifestam certa negação de se trabalhar com a indissociabilidade das ações de recuperação e manutenção da saúde.

São muito críticos em relação às solicitações de exames que julgam desnecessários e à não valorização da comunidade pelas orientações e ações preventivas, com foco na adoção de hábitos saudáveis. Entretanto, como já relatado em Capítulo anterior, o cardápio de serviços oferecidos pelas equipes é restrito aos programas preconizados pelo MS com pouca margem de flexibilidade. Embora as linhas de fuga sejam múltiplas e burlam o instituído a todo tempo, não são capazes de reverter as práticas, embora agitem as estruturas e produzam dispositivos capazes de mudança.

L [ACS]: ... e aí a gente já agiliza a vida deles. Agora uma coisa a gente deixa bem claro: que a gente não é curativo, a gente é preventivo. E isso às vezes eles ligam só pra pegar remédio e coisas que nem precisam (Equipe 8).

B [enfermeira]: então nessa parte da demanda a gente tem duas formas, como eu falei, tem a demanda que vem programada e tem a demanda espontânea. A demanda programada é aquela demanda que é feita com os agentes quando a gente vai fazer a promoção e a prevenção, que são as citologias, são as prevenções de câncer, são as mulheres que fazem a prevenção anual, que são as crianças que fazem a puericultura naquele período de um ano, esses são acompanhados com o agente e a equipe de enfermagem. Temos também a demanda espontânea que é essa que vem pra o arquivo

espontaneamente, que também na parte de educação em saúde a gente trabalha pra mulher, pra criança e pra adolescente, que ele precisa vir uma vez ao ano fazer o seu preventivo. Então a gente pede que essa demanda venha espontaneamente naquele dia do aniversário dela, ou naquele dia ela fez a última avaliação, ela é agendada espontaneamente. A gente deixa um agente de sobreguarda observando se ela realmente veio, se ela lembrou naquele dia, se ela realmente está com a prevenção planejada naquele dia. Tem a criança que vem pra puericultura, pra fazer o acompanhamento, vem pra vacina, vem pra fazer o teste do pezinho que quando ele nasceu é obrigatório toda a equipe fazer a avaliação dessa criança na primeira semana, vir fazer teste do pezinho, que é a triagem neonatal, vir fazer a primeira vacina se não fez na maternidade. Então tem essa demanda programada e acompanhada pelo acolhedor da família, que é o agente, e a unidade (Equipe 9).

R [enfermeira]: o que eu sinto é que a população ela não é educada para o PSF, para a prevenção. Por que, qual o objetivo do PSF? É fazer a prevenção, e o controle das doenças que já existem, tem que fazer o controle do diabético, do hipertenso, para isso não ter complicação. Só que eles não entendem isso. E eles só procuram a gente quando estão doentes. O ACS vai na casa, em cada casa, uma vez por mês, fazer a visita domiciliar, e o que é a visita domiciliar do agente? É ver a família como um todo, desde a higienização até o que é que ele tá sentindo, perceber isso, ver a higienização que é importante, a água a roupa que é importante, tudo isso é pra olhar, né? E às vezes eles veem que o paciente não tá bem e já vai e marca a consulta mas se for uma coisa besteira eles não vêm para a consulta, ele só vem se tiver incomodando.

Pesquisadora: se tiver algum sintoma?

R [enfermeira]: é aí o que eu percebo da população é isso, eles só procuram a gente se eles acharem que é realmente doença. Não tem uma visão de fazer prevenção. Medicamentos de hipertensos, a gente vai fazer a visita juntos. Eu a médica, é que a gente procura fazer a visita juntas nessa equipe, eu a médica e o ACS. E quando a gente chega lá parece que a gente não disse nada e o remédio tá lá guardadinho ... na gaveta. E a gente tem que, assim: se você vê a reunião da gestante à gente tem uma faixa de 12 gestantes, só veio uma gestante para a reunião (Equipe 10).

Observamos um discurso recorrente dos trabalhadores de **valorização, esforço e crédito às ações de prevenção e de promoção**. Entretanto, as ações educativas de promoção à saúde foram relatadas sempre ao final da descrição do cardápio, após o detalhamento das ações prescritivas desenvolvidas nos diferentes programas, **revelando um olhar dicotômico entre assistência e prevenção/promoção** e, às vezes, complementar desses últimos em relação ao primeiro.

Outro aspecto que merece um olhar mais cuidadoso, diz respeito ao caráter por vezes prescritivo e normativo também das ações de prevenção e promoção. Franco e Merhy (2012a) ao discutirem o processo de Reestruturação Produtiva presente na ESF, salientam que esse muda a forma de produzir sem alterar o processo de trabalho centrado nas tecnologias duras. Ou seja, as equipes trabalham com ações de vigilância e promoção da saúde no contexto dos territórios das famílias e numa perspectiva de longitudinalidade da atenção, porém, focalizam suas ações em uma lógica ainda muito protocolar e instrumental, capturada pelo trabalho morto.

L [ACS]: a gente entra nas casas deles. A gente faz prevenção. A gente não é “bandido”, tem a parte clínica ... Mas tem a parte de prevenção na comunidade. Essa prevenção... A gente não faz o cadastro? A gente se identifica, faz o mapeamento todinho da área. Sabe a localização onde tem igreja, onde tem

qualquer tipo de telefone, um mercadinho, essas coisas todinhas. Pega um ponto de referência, e depois do ponto de referência que faz o cadastramento da família, duas pessoas tem que ir pra unidade. Aonde ela mora, água, saneamento, a parte de saneamento todinha a também gente faz, entendeu? E depois disso tudo que a gente faz, a gente entrega um cartão, a gente faz um cartão de cadastramento que é onde a gente pode e mandar ele para a unidade, a gente encaminha ele para a unidade, pode ser para consulta, pode ser orientação médica. Trabalha com idosos, trabalha com adolescentes com hipertensos, com diabéticos, com gestantes. A gente tem uma sequência, um planejamento. Existe um planejamento (Equipe 8).

Embora as falas indiquem esse caráter de predomínio das tecnologias duras na organização do trabalho, observamos no tema anterior um campo fecundo de expansão das tecnologias leves com criação de linhas de fugas múltiplas que atuam como dispositivos para mudança. Esse quadro pinta uma percepção do cuidado ainda amarrado às normas previstas institucionalmente, porém, com pinceladas que divergem do modelo hegemônico e se aproximam de uma visão mais abrangente de saúde, doença e cuidado.

Nessa direção, observamos nas entrevistas que os **trabalhadores possuem um olhar crítico sobre a realidade social do território**, que influencia a configuração da demanda e também o curso das doenças. As equipes demonstram conhecer a história de formação das comunidades e as particularidades econômicas, sociais e culturais das famílias, reconhecendo diferenças territoriais, identificando possibilidades e traçando prioridades. Essa capacidade de análise crítica, embora não rompa com o fazer centrado nas tecnologias duras, amplia a percepção/concepção do trabalhador sobre o processo saúde/doença e, por conseguinte, sobre as possibilidades do agir cotidiano em saúde.

As equipes, por exemplo, entendem que a violência presente na vida dos usuários é um fator determinante para surgimento e agravamento de problemas múltiplos de saúde, que necessitam de atenção que vá além de práticas medicalizadas próprias de um modelo biomédico. Nesse sentido, **demarcam claramente uma percepção de saúde/doença que abarca as questões sociais e culturais do território e a necessidade de um cuidado que abranja diversas áreas de conhecimento e de atuação.**

Esses dados dialogam com aqueles encontrados por Pinheiro (2001), em seu estudo de caso, cujos sujeitos identificaram que as condições de vida marcadas pela violência e desemprego são determinantes do processo saúde/doença da população, influenciando o perfil da demanda. Entretanto, diferentemente do encontrado no presente estudo, Pinheiro (2001) observou que os agentes não reconhecem tais problemas sociais como passíveis de solução no âmbito da saúde por meio das intervenções médicas. Para as equipes investigadas em Maceió, a observação de que as questões sociais são determinantes no processo de adoecimento dos indivíduos implica numa atitude de reflexão sobre a pertinência e adequação das ações

ofertadas no serviço e o reconhecimento de que outros setores e atores são necessários para o desenvolvimento de um trabalho mais resolutivo, integrado e condizente ao que entendem por Saúde da Família.

H [médico]: eu coloquei lá naquela... pontos fracos, exatamente isso daí [I diz que também colocou isso]. Que muitas vezes a pessoa vem me procurar para resolver problema, e que cada vez mais é problema administrativo, com relação a benefício, a aposentadoria, substituição de terapias que eu não tenho a capacidade pra determinar, como psiquiatria. Eu acho que a gente tem duas coisas aqui... uma é fruto da atual condição social e econômica em que vive toda a população do Brasil, e a nossa comunidade não é diferente, e é exatamente a questão do emocional, a questão da ansiedade, a questão do paciente que, digamos assim, é acostumado ao uso de diazepam, e eu até me intitulei incapacitado de passar diazepam. Eu disse que a prefeitura tá me proibindo de passar diazepam, e às vezes eu me pego numa mentira, e aí é um... porque tem pacientes que eu como médico acho que ele precisa de diazepam, e eu sei que dizem “porque é que o doutor H passa pra determinada pessoa e não passa pra mim, e me diz que a prefeitura tá proibindo?”. Mas na verdade o que é que eu estou querendo com isso? Na verdade eu não estou querendo participar de uma falta de política pública, com relação a esse tipo de atendimento.

M [enfermeira]: a saúde mental, que tá assim, gravíssimo na nossa comunidade.

H [médico]: exatamente! Quer dizer, eu passo a ser cúmplice de uma situação. Diazepam, diazepam, diazepam, diazepam...

M [enfermeira]: e o que aflige muito nessa parte, que é a parte de saúde mental, é que além de a gente não ter... e quando a gente tem, não consegue agendamento, e o profissional, que a gente não quer estar falando de profissional, mas ele simplesmente repete o que... aí o paciente diz “eu fui lá e ele passou o diazepam! Por que é que você também não vai?”, então veja, tem a parte da terapia, da relação com esse paciente pra tentar outras formas de atendimento, e na realidade o que a gente vê é uma violência muito grande, a gente tem muito tempo aqui na área, a gente assiste a essa violência cada dia maior, e o usuário completamente com problemas emocionais, acuados, porque você termina somatizando esse problema da violência, porque o tiroteio agora é de manhã, de tarde e de noite, não é mais só no horário da noite, e a comunidade toda acuada, sem ter condição de... Aí tudo termina em uma doença. Aí quando tem um tiroteio no dia anterior, no outro dia a comunidade tá toda aqui, cheia, com problema de pico hipertensivo, problema emocional... (Equipe 6).

O chamado dos trabalhadores por outros setores e atores da saúde capazes de criar soluções para os complexos problemas e necessidades que se apresentam no cotidiano do trabalho, nesses contextos de grande complexidade, parece se aproximar do conceito de vulnerabilidade abordado por Ayres (2009). O autor coloca o quadro conceitual de vulnerabilidade como saber necessário quando se discute a construção de modelos de atenção voltados para a integralidade. Discute que, embora a epidemiologia tenha representado ganhos importantíssimos para a saúde pública em termos de rigor científico, capacidade especulativa e potencial para a interlocução interdisciplinar, ela não conseguiu avançar na elaboração de sínteses que estabelecem relações sociais com o processo de adoecimento.

A vulnerabilidade aparece, então, como uma possibilidade de buscar novas sínteses teóricas, de fazer a Epidemiologia dialogar com outras ciências e com outros saberes não

científicos, uma possibilidade de construir saberes compreensivo-interpretativos, produtores de sínteses aplicadas (AYRES, 2009, p.16).

Ayres (2009) chama atenção para a necessidade de entendimento dos processos de saúde/doença como “totalidades compreensivas”, em que as limitações do saber biomédico juntamente com as associações e estudos de risco da Epidemiologia são ampliados por outros campos do conhecimento e atores diversos. Nesse caminho, abre-se espaço para a interpretação dos processos com auxílio dos saberes abstratos das ciências humanas e, especialmente, dando possibilidade de voz e escuta para a sabedoria popular daqueles que estão vivendo os processos nas realidades sociais onde as intervenções em saúde acontecem.

A inferência que fazemos dos relatos dos trabalhadores em relação a uma aproximação a esse conceito de vulnerabilidade está no reconhecimento desses de que saberes e práticas, puramente biomédicas, não são suficientes para responder às necessidades, de maneira que recorrentemente estão chamando por outros agentes que possam, de forma articulada e em conjunto, oferecer atenção mais ampliada e de maior resolubilidade. Ou seja, o trabalhador, ao **reconhecer que as condições sociais de vida constituem determinantes do processo saúde/doença sinaliza a necessidade de ampliação do quadro de agentes do cuidado, de maneira que suas atuações sejam integradas à Saúde da Família.**

Outra questão surgida no material empírico, relativa à demanda e que nos ajuda a compreender a percepção/concepção do trabalhador sobre saúde, doença e cuidado, diz respeito ao acesso ao serviço. O acesso se relaciona ao princípio da integralidade e ao conceito de demanda à medida que se constitui em um dispositivo de mudança da atenção por significar a entrada dos usuários na rede de serviços de saúde, como concretização de seu direito universal à saúde, para que tenha suas necessidades respondidas e seus problemas solucionados.

Jesus e Assis (2010), valendo-se dos principais estudos sobre a temática no campo da Saúde Coletiva, estabelecem uma síntese analítica que discute o acesso como alicerce dos princípios fundamentais do SUS de equidade, universalidade, regionalização/hierarquização e participação popular. Dentre as dimensões analíticas dessa categoria discutidas pelos autores, as que mais contribuem para a presente discussão são: a *dimensão política*, que diz respeito ao caráter de participação e expressão de cidadania que implica o acesso aos serviços e a *dimensão simbólica* referente às representações do processo saúde/doença e do cuidado, visto que essas são perceptíveis cotidianamente no plano micropolítico da atenção em saúde.

No material empírico analisado, as equipes são unânimes em afirmar que as unidades de Saúde da Família se constituem na porta de entrada do sistema e que todos aqueles que

chegam ao serviço devem receber um primeiro atendimento e ser, no mínimo, ouvidos. Essa postura de permitir sempre o acesso pode ser observada quando, por exemplo, os trabalhadores burlam a regra instituída pela SMS de apenas cadastrar e acompanhar as famílias que estiverem fixadas na comunidade há pelo menos três meses. Outra prática relatada bastante comum é a de atender familiares de famílias cadastradas que vêm do interior especificamente para acessarem os serviços.

V [auxiliar de enfermagem]: porque às vezes eles vêm [parentes de famílias que vem do interior], passam uma semana, 15 dias, aí a gente faz todo aquele cadastro e eles vão embora. Então tem esse intervalo de 30 dias, 60 dias, e às vezes ele procura a unidade dentro desse intervalo. Ele não tem cadastro, e a gente não vai mandar voltar, a gente vai ver a necessidade, eu não sei se nas outras unidades funciona assim, mas aqui a gente vê a necessidade do paciente e dependendo da necessidade ele vai ser atendido, a gente abre o prontuário e ele é atendido, principalmente com relação à enfermagem, porque tem muita vacina, curativo, essas coisas de enfermagem, e a gente não pode mandar o paciente voltar, tem que aproveitar a oportunidade. Mesmo a família sem ter cadastro, a gente faz o atendimento e deixa o agente de saúde de sobreaviso pra ele ir lá acompanhar pra ver se realmente ele vai ficar permanente na área, ou não (Equipe 9).

Entretanto, os trabalhadores referem passar por constrangimentos com usuários que não são cadastrados à ESF e para os quais não podem oferecer todo o cardápio disponível. Pela situação de baixa cobertura da ESF no município, em torno de 27%, as equipes deparam-se frequentemente com demanda muito maior que o que dispõe como oferta. Relatam que, para a comunidade, pertencente à área de abrangência da unidade, oferecem todos os serviços disponíveis irrestritamente, porém, para aqueles que chegam de outras áreas, fazem um primeiro atendimento e oferecem (às vezes também com restrições) os serviços de demanda aberta (vacina, curativo, farmácia).

A justificativa utilizada pelas equipes para restringir o atendimento se alicerça na lógica econômica da relação demanda/oferta, de maneira que oferecer os serviços irrestritamente interfere negativamente no planejamento do trabalho, visto que materiais, medicamentos e a própria força de trabalho disponíveis para a equipe atender um determinado número de famílias não serão suficientes.

I [auxiliar de enfermagem]: [sobre atendimento para demanda espontânea] vacina, curativos também, uma verificação de pressão... Só que no curativo a gente fica meio... por conta da falta de material, porque se a gente abre no geral, falta pros nossos, então assim não é aberto pra toda comunidade. Mas se vim um caso ou outro dependendo da necessidade a gente faz um curativo sim. E aí orientando pra que ele procure um outro serviço em outra comunidade.

Pesquisadora: Aí naqueles casos que vocês percebem que tem, como você colocou, tá vindo muita gente pro curativo e pode ser que falte, aí que orientações vocês estão dando pras pessoas que são cadastradas?

I [auxiliar de enfermagem]: procurar um outro serviço.

Pesquisadora: Ai tem algum outro serviço que vocês já encaminham ou não?

I [auxiliar de enfermagem]: a gente não encaminha, a gente orienta a procurar lá no I [cita bairro] ou no bairro tal [um monte de gente começa a falar de uma vez só] Paciente cadastrado em outra área a gente orienta que procure o serviço dele. No caso de um paciente de outro local que não é cadastrado a gente orienta pro mini ou pro lugar tal, lá no local X. Mas assim o primeiro atendimento é aqui.

I [auxiliar de enfermagem]: o primeiro atendimento ele recebe, senão não dá pra ele ficar, porque não pode faltar pros nossos pacientes, porque a gente tem paciente na área que faz curativo na área, quando ele não vem pra cá, que ele não tem oportunidade de vir a gente vai, então se abrir geral, vai faltar pros nossos (Equipe 2).

C [ACS]: eu acho que a gente tem outro problema também. O fato de o PSF não cobrir toda a cidade, a gente tem a procura de pacientes que não são cadastrados com a gente, e vem de lugares em que ainda não são atendidos, e isso também gera constrangimento, a gente tem que explicar ao paciente que nós atendemos a pacientes cadastrados, que aquela pessoa não é cadastrada, e então tem que procurar uma unidade de demanda espontânea, e isso gera muito constrangimento às vezes. O paciente nem tem conhecimento que aqui é SF, que tem que ser cadastrado, e aí quer ser atendido de qualquer jeito. Quando é uma coisa que dá pra atender, como uma vacina, a gente aceita, mas quando é uma consulta pra o médico ou pra enfermeira, quando não tem cadastro fica complicado pra gente atender um monte de gente que não tem cadastro, porque a gente deixa de atender na nossa especificidade de PSF.

Z [ACS]: e às vezes esse paciente que ela tá falando mora vizinho de um cadastrado, termina o cadastro e o vizinho já não tem direito. Aí ele vê o vizinho tendo direito a tudo, e ele morando pertinho não tem. Então fica difícil pra gente fazer com que essa pessoa entenda... (Equipe 6).

Nas falas observamos que dois aspectos chamam a atenção na discussão dos trabalhadores a respeito do acesso: o constrangimento em negar o direito do usuário e a necessidade de garantir os recursos necessários para as famílias cadastradas. Embora pareça contraditória – ou seja – essa relação dialética de oferecer e negar e, nesse processo, manifestar constrangimento, nos remete a uma preocupação dos trabalhadores por oferecer um cuidado menos fragmentado e pontual e mais contínuo e integral, e, ao mesmo tempo, explicita as amarras presentes em relação aos princípios organizativos do SUS como, por exemplo, a regionalização que, ao mesmo tempo que colabora para certa organicidade do sistema, restringe a perspectiva da universalidade da atenção.

Nessa direção, podemos dizer que entendem a saúde como direito universal que deve ser garantido indistintamente aos cidadãos, embora se deparem com limitações da rede de atenção e com suas próprias representações a respeito do trabalho na Saúde da Família que os obrigam a limitar a oferta, embora com constrangimento. Em relação à significação sobre seu trabalho, inferimos das falas que garantir o material e o tempo mínimo para atendimento das famílias cadastradas vai além do simples cumprimento de uma regra da ESF. Os trabalhadores demonstram se preocupar com a continuidade da atenção e resolubilidade dos problemas de saúde, de maneira que arriscamos dizer que, implícito nas manifestações sobre o acesso da comunidade à ESF, as **equipes entendem a saúde como direito universal, que deve ser**

ofertada com recursos que garantam uma atenção de qualidade, com continuidade e vínculo.

Imbricado no conceito de acesso, o princípio da participação popular se articula em sua dimensão política como estratégia capaz de emancipar e produzir sujeitos sociais que, empoderados de seus direitos, provoquem mudanças no sentido de ampliar e qualificar o acesso. O disparo desse dispositivo possibilitaria mudanças além do campo micropolítico, de maneira que as dimensões econômicas e técnicas do acesso caminhariam na direção de equilíbrio da relação demanda/oferta e de organização da rede de serviços (JESUS; ASSIS, 2010).

Na busca por um modelo de atenção amparado na integralidade e que, portanto, se alinhe às necessidades expressas pelas pessoas respeitando suas singularidades, a valorização da participação popular é fundamental e se constitui em uma das estratégias de maior potencialidade para mudança. Isso porque se faz como espaço de resistência e negociações políticas em que os cidadãos possam expressar suas demandas e intervir na configuração de ações governamentais que delimitam a oferta. Dito de outra forma, tomar a participação como valor na conformação de modelo de atenção significa deixar de ver o outro como objeto de intervenção para reconhecê-lo como sujeito, com autonomia para construir sua história, preservar sua saúde e participar da construção de um serviço de saúde adequado às suas necessidades (PINHEIRO et al., 2005).

Os trabalhadores entrevistados manifestaram recorrentemente um sentimento de insatisfação em relação à baixa participação social dos usuários em movimentos políticos de melhorias das condições de vida das comunidades. O entendimento de que as questões sociais são determinantes no processo saúde/doença parecem indicar para as equipes uma necessidade pungente de reversão do quadro de vulnerabilidade social, que deveria ser alcançada pelo movimento político da comunidade. Entretanto, relatam um comodismo generalizado, apenas desestabilizado por algumas personalidades da política local, que não são bem vistas e acolhidas pelas equipes de saúde nos conselhos locais existentes. As poucas equipes que relataram ter Conselho Local constituído em suas unidades manifestaram descrédito em relação ao seu poder de transformação para melhoria do serviço, por entender que os líderes comunitários que, comumente, atuam como conselheiros utilizam o espaço para promoção política e não para, de fato, dar voz à comunidade e buscar soluções.

H [ACS]: porque se a população não intervir, nunca vai melhorar essa situação, porque nós já tentamos até agendar com a coordenadora do PSF, e ela nem nos atendeu, entendeu? Eu digo, e se vocês não estiverem presentes pra reivindicar melhorias pra situação de vocês, que é um médico que está necessitando na área de vocês, não vai melhorar nunca (Equipe 4).

B [ACS]: um paciente nosso, tá sem material pra fazer o curativo, aí ele falou “eu vou tocar fogo no posto com todo mundo dentro!” repara!

R [dentista]: quando eles se revoltam...

R [enfermeira]: e às vezes eles acham que é problema nosso... é como se fosse por causa da gente que tivesse faltado...

Pesquisadora: uma curiosidade, vocês têm conselho gestor?

[Todos respondem que sim]

R [dentista]: tem mas não funciona porque...

R [enfermeira]: estão tentando reavivar...

R [dentista]: mas eu vou lhe dizer, porque eu já fui do conselho gestor, a opinião de quem já foi por muito tempo. Assim, o conselho gestor, teoricamente, ele é perfeito, mas a gente não consegue, porque muito bem a gente reunia, via esses problemas, via essas necessidades, mas quando chegava nas outras instâncias, não tinha resolutividade, não tem essa força como parece, como tá no papel, o controle social na verdade ele num...

G [auxiliar de enfermagem]: é isso que de vez em quando eu comento aqui com a... entre a gente mesmo, né... olhe, a comunidade deveria saber reclamar, mas não sabe, aí vai reclamar de quê? Por exemplo, não tem, como ela já disse, um material, não é o dentista, não é o profissional, não tem o material, aí às vezes ele sai dizendo que vai denunciar. Quantos e quantos vezes eu digo, por exemplo, tá faltando remédio da pressão, não é, “ah porque não tem remédio, vou denunciar” ... aí vem muitas vezes e brigam com a gente, né, como diz o matuto, corre atrás sempre... (Equipe 4).

L [ACS]: o problema é que tem esses líderes comunitários. Esses líderes comunitários ficam discutindo quem é o melhor e quem não é. Por que você tá no conselho gestor? Por que você tá aqui pra ajudar a comunidade! Mas eles não ajudam a comunidade, mas só fazem criticar. Critique o que quiser, mas traga uma solução! Não adianta criticar se não tiver solução. Nós somos um dos melhores postos que tem. Eu já sei porque já fui do sindicato, já fui do conselho gestor, fui de vários conselhos gestores conselho municipal, estadual, federal, eu conheço muita coisa. Então se você for prestar a atenção eles não querem resolver eles querem que o pessoal fique brigando, que a comunidade venha atrás. O posto, não me dou nota 10, me dou nota 8. Mas o posto funciona, os profissionais tão tudo aqui. Mas muita gente fala que não funciona, mas funciona. É criança vacinada, gestante acompanhada, hipertenso e diabético acompanhado, adolescente acompanhado, crianças menores de dois anos acompanhadas, adolescente acompanhado dentista acompanhado. Mal ou não tudo sendo feito. “Perrem”, mas tá continuando o conselho gestor. Tá entendendo? A gente mantém o programa de saúde da família aqui (Equipe 8).

A fala nos indica que, na perspectiva dos trabalhadores, esses não veem os conselheiros como parceiros do processo e sim como acusadores ou manipuladores políticos. Por outro lado, relatam que a comunidade em geral se mantém alheia aos mecanismos de controle e participação, agindo no sentido de pressionar e reclamar do trabalhador. Esse por sua vez, se sente coagido, estressado e culpa a população por não se mobilizar buscando melhorias para a comunidade e para a unidade de saúde.

Dos depoimentos é possível inferir que o trabalhador sinaliza que a participação social é um elemento importante para a qualificação do cuidado em saúde, pois pode ajudar a manter as condições adequadas de trabalho e a melhorar as condições de vida. Ou seja, não

associa participação à emancipação do sujeito, mas sim à reivindicação de melhorias nas condições objetivas de vida e ao acesso aos serviços de saúde, no sentido de garantir atenção mais resolutiva e de melhor qualidade técnica.

A discussão de acesso e de participação dialogam com a dimensão ética discutida por Ayres (2009), que se ampara nas diretrizes do HumanizaSUS para defender um fazer que se abra, de fato, para a experiência do diálogo para construção compartilhada do cuidado. Isso significa romper com a centralidade tecnocientífica dos saberes da saúde para uma lógica dialógica de relações mais horizontais, que, ao permitirem nos encontros diferentes expressões, possibilitam a construção de saídas múltiplas e efetivas para os complexos problemas e necessidades que se apresentam no plano micropolítico da saúde.

Entretanto, as equipes entrevistadas expressaram assimetria dessas relações. Embora manifestem preocupação em oferecer um atendimento de qualidade, esse está muito voltado para a aplicação das tecnologias que julgam importantes. Nesse processo, culpam os usuários por estarem acomodados e não lutarem por melhores condições que julgam necessárias. As falas caminham sempre em um sentido de demarcar a “desobediência” dos usuários em relação ao que é orientado pelos trabalhadores e de cobrança por uma postura mais “ativa”, numa clara legitimação do conhecimento científico como parâmetro para evocação de procedimentos de saúde e definição de padrões de comportamento ditos saudáveis, que justificam sempre essa relação de subordinação da população em relação ao saber e às práticas dos agentes da saúde.

O esforço de aproximação das concepções de saúde e cuidado, trazidas pelos trabalhadores, ao descreverem as expressões de demanda e oferta do serviço, nos dão pistas para identificação do modelo de atenção presente no cotidiano de trabalho das equipes pesquisadas, visto que o olhar que o trabalhador lança sobre seu objeto de trabalho influenciará no modo operante do processo de trabalho, ou seja, na utilização das tecnologias apropriadas em busca de determinada finalidade.

Considerando que o que se espera para fortalecimento SUS é a construção de modelos de atenção, amparados pela integralidade, buscamos neste tópico apresentar as aproximações e distanciamentos das concepções expressas dos trabalhadores nessa direção, lembrando que tais concepções foram significadas a partir dos relatos a respeito das relações de demanda e oferta, presentes no cotidiano do trabalho das equipes.

Percebemos como sinais de aproximação do olhar das equipes para a integralidade: o reconhecimento que os múltiplos aspectos sociais e culturais são determinantes na configuração do processo saúde/doença; o entendimento da saúde como direito do cidadão, a

ser garantida com adequadas condições de vida e acesso a serviços de saúde de qualidade que garantam continuidade da atenção e resolubilidade; crítica à supervalorização de práticas puramente curativas e valorização de ações preventivas com ênfase na educação em saúde e produção de comportamentos saudáveis; sinalização de que o quadro de vulnerabilidade social das comunidades requer a combinação de ações com outros agentes e setores que atuem integrados à ESF para melhoria da atenção e o entendimento da participação popular como dispositivo necessário, porém pouco explorado na realidade estudada para mudança positiva das condições de vida e saúde.

Embora esse quadro indique visão mais ampliada e crítica de saúde por parte dos trabalhadores, com inferências à construção de práticas mais integradas, contínuas e contextualizadas à realidade, observamos que a hegemonia do saber tecnocientífico é dominante e marca a organização do trabalho em torno das relações de demanda/oferta e também das relações entre os sujeitos nos momentos de cuidado.

Entendemos que esse é um campo de produção de ruídos no processo de trabalho das equipes, onde situamos alguns aspectos que devem ser considerados como desafios a serem superados. As equipes revelam um olhar dicotômico entre assistência individual e ações de prevenção e promoção, por vezes expressando predomínio de valorização da oferta desse primeiro. Por conseguinte, na relação com os usuários, revelam eles uma postura autoritária de imposição de valores e saberes técnicos no processo de condução do cuidado, podendo o repertório de demanda/oferta dentro do que entendem ser relevante tecnicamente. Nessa rede de significação, a participação não é entendida como dispositivo de humanização das práticas, mas como estratégia de aquisição de melhorias das condições sociais e de saúde que julgam importantes para o desenvolvimento e o sucesso das práticas desenvolvidas no serviço.

9.3 Tecendo ações que sinalizam a travessia: entre o modelo que se tem e o modelo que se quer

A partir das concepções construídas sobre o processo saúde/doença e o cuidado, os trabalhadores projetam ações movidas por desejos e por sua capacidade teleológica de abstração e planejamento. As significações que constroem nesse processo, contextualizadas social e historicamente, darão os contornos dos objetos e instrumentos de trabalho a serem

utilizados no processo de trabalho, tendo em vista a obtenção de determinado produto, previamente visualizado e desejado por seus agentes.

No tópico anterior, observamos que as concepções de saúde e cuidado, desenhadas pelas equipes estudadas, apresentam elementos que ora fortalecem o modelo hegemônico ora o transgridem, voltando-se para outros desejos, ações e finalidades, mais comprometidas com a integralidade. Finalizando a discussão deste estudo, buscamos apresentar as potencialidades expressas pelos produtos do trabalho das equipes, sem a pretensão de esgotar a totalidade de suas produções, mas com o desafio de discutir algumas produções - “chave” que sinalizam o movimento de mudança.

Nesse caminho, destacaremos algumas diretrizes que se fazem presentes no discurso dos sujeitos sobre a operacionalização das distintas tecnologias pelos trabalhadores em busca dos produtos, a saber: crítica ao modelo medicalizante de atenção, valorização do cuidado longitudinal, interdisciplinaridade e intersetorialidade e crédito às ações educativas de promoção da saúde.

Além de ampararmos nosso olhar na discussão que Ayres (2009) faz sobre a necessária mudança na *dimensão técnica*, no sentido de recompor o fazer em saúde, instituindo práticas de cuidado, tomaremos, também, como referências de análise produções indispensáveis sobre a promoção da saúde no contexto de mudança de modelo (CZERINA; FREITAS, 2008).

Nos depoimentos dos entrevistados, a **crítica ao modelo medicalizante** foi recorrente em todas as equipes e vinha relacionada à demanda da população por procedimentos e atendimentos médicos. Os trabalhadores, especialmente os principais agentes desse modelo, os médicos, manifestaram descontentamento em conduzir a oferta de serviços para uma supervalorização de tais práticas, visto que reconhecem a inadequação dessas em muitas situações. Nos relatos, a crítica à medicalização sempre se fazia acompanhada por reflexões sobre os determinantes sociais do processo de adoecimento e da necessidade de ampliação do quadro de profissionais atuantes na ESF e da articulação com outros setores.

Embora positiva, essa capacidade crítica parece provocar no trabalhador um sentimento de impotência e, por vezes, descrédito em relação à ESF. Comumente, a mesma equipe que demonstra entusiasmo com a estratégia e acredita no potencial do trabalho, mesmo com todas as dificuldades técnicas e institucionais, é a mesma que também manifesta desesperança. O caso a seguir é um exemplo extremo de crítica à ESF, visto pelo médico da Equipe 6 como um programa que ainda se organiza em uma lógica biomédica.

H [médico]: é um desconhecimento geral de todo mundo, e aí eu volto: é muito fácil você trabalhar dentro de uma unidade que você chama de básico, sem ser PSF, porque lá, o que leva mais pancada e o que faz mais coisa que não deveria fazer é o médico. Em qualquer situação ele diz, marque pra mim... quanto é que eu tenho que atender? 16? Então faça uma chamada, e em meia hora se não tiver os 16, não vai entrar mais ninguém. Eu vou trabalhar duas vezes na semana, vou atender 16 pacientes e vou embora. Então ao auxiliar não é dada a liberdade de encaixar, de conversar, de mostrar a necessidade do paciente...

Pesquisadora: esse vínculo não está construído com a comunidade...

H [médico]: NADA! E aqui tem. Porque aqui eu dou todos os dias de manhã e de tarde e isso já me incomodou demais, e hoje eu estou deixando de lado. Eu já lutei muito pelo organizacional do serviço do PSF, e uma das coisas básicas é o atendimento médico... eu não queria só fazer atendimento médico curativo, e é o que eu mais vejo na comunidade. Então é como diz a J, ela transfere o problema pra mim, e como é que numa educação em saúde parece que eu falo uma coisa, e num atendimento eu digo que “não”, porque tem um limite. E cada dia eu estou diminuindo a minha marcação prévia, e aumentando o extra. Porque o extra não é extra. O extra na verdade é de quem tem o maior bocão pra reclamar, pra falar e pra impor. Então o que é que acontece, se eu tiver 20 pacientes marcados, eu vou atender 50; se eu colocar 10 eu vou atender 30, e por aí vai. Então a gente tá perdendo nisso aí! Várias reuniões a gente já fez, e aí tem pessoas que enganam, que marcam com o cartão de uma família e não é daqui, que está em fase terminal, porque sabe que aqui tem PSF, “não mas agora ela vai morar aqui”, vai... até morrer. E vai morrer em pouco tempo.

[...]

H [médico]: infelizmente, pelo tipo de atendimento que a gente faz, como médico, nem todas as vezes eu posso estar presente. Pra você ver, nesse grupo de homens, até hoje eu não fui. Por quê? Porque o pessoal acha que a gente tem que estar sentado no ambulatório atendendo doença.

I [ACS]: aí se a gente tiver na reunião, tem que atender.

H [médico]: aí a gente tá aqui numa reunião, várias pessoas já abriam a porta ali esperando. E o que é que acontece, quando acaba a reunião, eu vou ter que decidir alguma coisa, nem que seja um não (Equipe 6).

Como observado nos relatos, essa situação provoca no trabalhador, no caso destacado, no médico, a sensação de descompasso entre o que acredita ser importante e necessário para o desenvolvimento de um trabalho de qualidade na ESF e o que é pressionado a fazer no seu cotidiano. Sente-se preso ao consultório, atendendo a demanda curativa da comunidade, enquanto perde oportunidades de participar de trabalhos mais focados na prevenção e na promoção da saúde.

O descontentamento e as críticas vieram sempre acompanhados de um sentimento de incapacidade em oferecer um atendimento resolutivo e com continuidade, principalmente relacionados à escassez de recursos materiais e à inoperância dos serviços de referência. Provavelmente por esse motivo, as equipes atuantes em Unidades que convivem com modelo misto de atenção (Saúde da Família com atendimento tradicional de livre demanda e/ou Pronto Atendimento) apresentaram uma visão positiva da coexistência de modelos, visto que conseguiam oferecer um atendimento mais integral e com maior resolutividade, pela proximidade e facilidade de acesso a outros profissionais.

É possível perceber nos discursos dos entrevistados constante preocupação em oferecer atenção diferenciada do atendimento puramente curativo. As equipes são unâimes em manifestar uma espécie de aversão à simples prescrição de medicamentos, exames e fornecimento de atestado médico, pois sentem que estão agindo somente nas consequências e não nas causas dos problemas. Essa postura dialoga com a percepção que traçam sobre cuidado que discutimos anteriormente. Ou seja, como os trabalhadores entendem que saúde e doença estão condicionadas às condições de vida das pessoas, percebem que o trabalho deve ir além do fazer medicalizado, pontual e fragmentado. Mas o que seria esse cuidado voltado para a integralidade?

Ayres (2009) defende a ideia do cuidado como reconstrução das práticas no sentido de superar a visão fragmentada do sujeito e centralidade da atenção na patologia, para a recomposição de competências e relações no sentido de fortalecer um fazer mais comprometido com as pessoas que adoecem e não somente com a doença. Esse estudo nos parece bastante útil, pois nele o autor discute o conceito de cuidado apresentando princípios e ações a ele relacionadas no intuito de trazê-lo mais próximo da realidade do trabalho em saúde.

O autor coloca o que chama de *projetos de felicidade* como horizonte normativo, de maneira que o cuidado estará amparado pelo saber técnico das ciências biomédicas e humanas, bem como pela sabedoria prática e popular. Nesse processo, há que se buscar uma postura aberta e permanente para o diálogo, de maneira a desenvolver a sensibilidade necessária para compreender o que as pessoas buscam no cuidado em saúde e nesse movimento dialógico permitir que estas entendam o que os trabalhadores podem oferecer a elas. Nesse processo, o cuidado implica no exercício essencial da escuta e do acolhimento, de maneira a desenvolver essa sensibilidade para a necessidade do outro ao ouvir mais, ver mais e tocar mais (AYRES, 2009).

Nas equipes pesquisadas, conforme discutidos nos temas anteriores, é perceptível um terreno fecundo de desenvolvimento e utilização mais intensiva das tecnologias leves, embora isso não tenha significado uma ruptura efetiva com o modelo de atenção hegemônico. Ou seja, outros modos de fazer têm sido experimentados e valorizados pelos trabalhadores, embora a organização do trabalho ainda esteja muito centrada nas tecnologias duras para contenção da doença. Isso indica uma situação de transitoriedade que os trabalhadores parecem estar vivenciando: o arranjo tecnológico continua amparado prioritariamente no conhecimento biomédico, porém, linhas de fuga são criadas a todo tempo que investem e sinalizam canais de mudança das práticas.

Esse movimento transitório pode ser visualizado quando percebemos um esforço das equipes em oferecer um cuidado longitudinal, interdisciplinar e intersetorial, com ênfase em ações individuais e coletivas de prevenção e controle de doenças, tomando a família e os grupos populacionais de risco como núcleos privilegiados de intervenção.

A preocupação com a longitudinalidade foi identificada principalmente no atendimento individual de acompanhamento do usuário acometido por uma doença/agravo. Os dentistas foram os profissionais que mais destacaram a importância do acompanhamento do tratamento, ao que chamam de tratamento completado.

E [dentista]: em termos de atendimento odontológico é isso, muitas vezes eu levo várias sessões com aquele mesmo paciente, o que não vai ocorrer com a enfermeira com a médica, que naquele momento vai até dar uma resolutividade total a aquele paciente, né, pode voltar um retorno, melhorou tal, mas geralmente os meus atendimentos eles demandam algumas semanas pra gente ver o resultado e eu só libero aquele paciente quando ele tá totalmente são naquele momento (Equipe 2).

C [dentista]: no meu caso eu faço um tratamento completado. Eu recebo você, avalio, faço a primeira consulta, dou as orientações e você só vai sair do meu consultório, voltar daqui a três meses, quando você tiver terminado, se você tiver 32 dentes cariados, eu vou fazer os 32 dentes. Por isso também que a gente precisa de um dentista de demanda, porque o dentista de demanda faz o procedimento que a pessoa pede naquele dia, e a gente faz um tratamento programado. A gente tem o tratamento iniciado, tratamento continuado e tratamento completado, e o acompanhamento a cada 6 meses. Então a gente também visita o bebê, a gestante, a gente visita o bebê recém-nascido, o bebê após 6 meses, após 1 ano, 1 ano e 6 meses e dois anos, a partir daí a gente agenda pra ser atendido no consultório, então a gente tem esse objetivo de concluir porque não é interessante pra gente iniciar o tratamento e depois deixar o paciente com as necessidades ainda e dispensar pra ele depois ter outra dor de cabeça e vir agendar novamente. Então a gente faz esse tratamento completado, e à medida que a gente vai completando, a gente vai colocando outras pessoas (Equipe 9).

Cunha e Giovanella (2011), ao fazerem um estudo de revisão sobre o termo de longitudinalidade no contexto da APS no Brasil, traçam suas principais diferenças em relação à continuidade do cuidado e, amparando-se em Starfield, Shi e Macinko (2005), destacam que a longitudinalidade se caracteriza por um acompanhamento terapêutico do indivíduo ao longo do tempo com profissional ou equipe de saúde. Nesse processo, o profissional se responsabiliza e estabelece um vínculo com o usuário, de maneira que o cuidado torna-se mais resolutivo, contextualizado às necessidades do indivíduo e mediado por laços de compromisso e confiança, aproximando-se de um modelo de atenção amparado pela integralidade do cuidado. Nesse sentido, a ênfase está no cuidado da pessoa e não no acompanhamento da doença, como acontece na continuidade da atenção.

Os autores optam por definir para a APS no Brasil o termo vínculo longitudinal, como "relação terapêutica estabelecida entre paciente e profissionais da equipe de APS, que se traduz no reconhecimento e utilização da unidade básica de saúde como fonte regular de cuidado ao longo do tempo" (CUNHA; GIOVANELLA, 2011, p.1038). Considerando os

estudos por eles revisados, discutem três elementos constitutivos desse atributo: o reconhecimento da APS como fonte regular de cuidados, desenvolvimento de vínculo terapêutico duradouro entre equipe local e usuários e a continuidade informacional. No presente estudo, embora as falas apontem a valorização da continuidade da atenção no sentido de acompanhamento da evolução da patologia, observamos que as equipes se aproximam de um cuidado longitudinal, pela presença de seus elementos constitutivos no cotidiano do trabalho. Ou seja, o motivo do acompanhamento terapêutico é a doença, porém, uma vez traçado o plano de cuidados para o usuário, esse passa a reconhecer a unidade como fonte regular de cuidados, o profissional estabelece um vínculo terapêutico com o indivíduo e organiza a atenção mediante acúmulo contínuo de informações.

Nesse processo de acompanhamento individual, o trabalhador também relata a importância de articulação com outros profissionais para diagnóstico da situação e definição da conduta a ser adotada, o que remete à **busca por ações cada vez mais interdisciplinares**.

B [enfermeira]: se o problema é uma criança que veio aqui pra ser atendida por mim, sem o bolsa família ou algum programa do governo, não tem o cartão SUS, ou tá fazendo uma alimentação erradíssima – comendo só leite na idade de dois anos, então eu já procuro a assistente social, já procuro o agente pra saber o que é que houve, já procuro... tem que ser todo mundo pra conversar com essa criança, porque a linguagem tem que ser simples, 20, 40 minutos dentro de um consultório não dá conta dessa demanda. O agente tem que ter essa demanda, o auxiliar também tem que ter, a recepção ... então a gente integra as ações na medida que se pode, porque às vezes a gente não é tão ideal assim, mas dentro do fazer a gente está sempre integrado (Equipe 9).

A importância dada pelos trabalhadores em acompanhar o indivíduo está relacionada ao controle da doença. Embora façam muitas críticas à medicalização da atenção, os relatos indicam prioritariamente ênfase ao controle e prevenção de patologias no nível individual, de maneira que focam na realização de procedimentos preventivos, adesão ao tratamento, orientação de hábitos saudáveis e tentativa de mudança de comportamentos nocivos. Muitas vezes adquirem uma postura autoritária diante dos usuários, exigindo desses uma postura de obediência às recomendações e orientações oferecidas, numa lógica de supervalorização do conhecimento técnico e dominação desse saber sobre o comportamento das pessoas.

M [ACS]: eu tenho um paciente agora que deixou tudo! Aí eu olho pra o filho, que só me atende de toalha (todos riem), mas você não vê, nem o filho, nem a nora dar apoio pra gente, porque eu não posso tá na casa, então eu digo “olhe, a mãe é sua, você é que tem a responsabilidade. Eu tenho responsabilidade profissional”. Mas a família não tá nem aí... “ouxe ela vai morrer minha filha, quando você dá as costas ela come um quilo de açúcar”, eu digo “ouxe minha filha, a mãe é sua, você é que tem que orientar ela também”. Aí fica complicado ... a falta de apoio da família também é difícil, porque a gente trabalha a família, mas a gente trabalha cada membro da família isolado. Porque lá na área mesmo tem um menino com hanseníase, né Júlio, que dá pena...

M [ACS]: aí umas famílias dessa, eu já diria assim, ela foi minha essa família, mas se um dia eu encontrar, porque ela tá fora da minha área, eu ainda digo “olha, sabe o que é que vai acontecer”,

porque ela tá passando por um momento difícil porque mataram o genro dela, mas eu vou dizer “olha, daqui a três anos, eu vou ver vocês tudo grande com as mãozinhas tronchas, com o pezinho troncho, vai estar todo mundo troncho, porque essa doença é aquela que era a lepra, que vai deixar todo mundo podre”... tem que ser assim, entendeu, tem horas que a gente tem que chocar ... e ele, o bichinho preocupado, criança, mas se você começar a sair e querer resolver todos os problemas, você perde a sua família, como eu tive uma colega agente de saúde que ela perdeu a família porque ela se envolveu tanto com a área, até que antes eu era assim, mas chegou um certo momento que eu não sou mais, mas ela perdeu dois filhos para as drogas, o marido, um monte de coisa aconteceu na vida dela porque ela era mesmo atuante, de pegar todos os problemas da família e tentar resolver. E não pode, você tem que dar responsabilidade a cada família, cada um tem que ser responsável pelos seus problemas (Equipe 7).

As falas refletem por um lado a postura autoritária da ACS, e por outro a relação de vínculo construída com as famílias, que indica o senso de compromisso e responsabilidade presente no cotidiano do trabalho. Outro aspecto que merece destaque é a **ênfase dada à necessidade do envolvimento da família no processo de cuidado**, chamando seus membros para uma atitude de corresponsabilidade em relação aos problemas de saúde e às medidas terapêuticas recomendadas.

Entretanto, embora na atenção individual exista aproximações importantes para a longitudinalidade, interdisciplinaridade e ênfase na família no processo de cuidado, percebemos que esse está ainda muito voltado para a solução da doença, seja para cura, controle ou prevenção.

R [dentista]: da odontologia eu participo também em conjunto com os grupos, tanto de gestantes, quanto de crianças, porque no grupo é a equipe toda que participa, certo. É, eu tenho a parte de prevenção e a parte curativa. A curativa é o atendimento clínico, onde a gente atende crianças, gestantes, hipertensos e diabéticos, né, a demanda, que são os adultos, certo. Da parte curativa, o que pode ser feito na unidade, a gente tenta fazer... vários procedimentos, vários mesmo. E tem a parte preventiva, que é a parte que faz nas escolas, isso sempre em parceria com a auxiliar de dentista, certo, ela sempre trabalha comigo, que é o que a gente faz nas escolas aqui do bairro, todas as escolas que estão aqui na minha área. A gente faz aplicação de flúor trimestral, com escovação, fornece escova de dente que vem da Secretaria de Saúde, né, eles fornecem escova de dente a cada três meses, faz aplicação de flúor, faz palestra educativa, como eu falei pra você, no início do ano a gente faz uma triagem das crianças que estão na área, pra ficar acompanhando, então a gente tem a relação... da mesma forma que a professora tem aquele caderninho de frequência, a gente também tem, por turma, de todos os alunos. Então toda vez que a gente vai fazer o flúor, a gente sai colocando a criança que fez. E o que é da área a gente ao lado faz a triagem, que é o procedimento, a necessidade de tratamento que ele tem, que a gente separa por código, isso já é preconizado por todo o PSF, que é o código 1,2 e 3. Então cada criança ela tem um numerosinho de código, de acordo com a necessidade de tratamento dela. Até a que não precisa a gente coloca, código 1, que é a que não precisa de tratamento, e a partir daí a gente vai fazendo. E tem a parte também dos bebês, que a gente faz o acompanhamento também das gestantes né, que é o atendimento das gestantes, participa do grupo das gestantes, e quando o neném nasce, a gente já faz a prevenção também do nascimento até dois anos de idade, e a cada 6 meses, esse bebê ele tem uma consulta com o dentista, consulta preventiva, que tem um resultado muito grande. Que é justamente o que eu disse a você, onde a gente conseguiu, nas nossas crianças, acabar com essa história de cárie de mamadeira, com cáries mesmo. Tem um caso, ou outro, isolado, que acontece, mas, assim, quando a gente percebe já é uma forma mais... tudo muito inicial, entendeu. Então quando ele faz dois anos é que normalmente ele vai para as escolinhas, para as creches, então a gente já dá início àquele trabalho das escolas. Então é uma continuidade, do nascimento até à idade escolar dele, ele tá sempre tendo essa parte preventiva de odontologia (Equipe 4).

Pelos relatos, os trabalhadores migram de uma visão puramente curativa do cuidado para um **atendimento que prioriza ações de prevenção**. Buss (2008), ao fazer a diferenciação entre promoção da saúde e prevenção, discute que cada abordagem esta orientada a uma concepção do processo saúde/doença, estabelecendo objetivos distintos: enquanto na promoção o objetivo é desenvolver um nível ótimo de saúde, mediante a melhoria da qualidade de vida, o objetivo da prevenção é evitar a doença e suas complicações. Ou seja, a promoção se identifica com a concepção ampliada e positiva de saúde, abarcando a necessidade de responsabilização múltipla dos sujeitos para desenvolvimento de boas condições de vida que repercutam em melhores níveis de saúde. Já a prevenção relaciona-se à concepção de saúde como ausência de enfermidade, visto que seu objetivo fundamental é controlar e evitar a doença.

Nos depoimentos analisados, a preocupação com a prevenção que se observa no atendimento individual, se estende para os trabalhos coletivos desenvolvidos pelos trabalhadores. Todas as equipes relataram a realização de trabalhos de educação em saúde e vigilância com grupos prioritários: crianças, adolescentes, mulheres gestantes, idosos e pessoas portadoras de hipertensão e diabetes.

B [dentista]: a gente tem essa preocupação, porque o que o PSF quer? Quer o paciente concluído, problema resolvido e ao mesmo tempo trabalhando a educação em saúde, porque não adianta restaurar se o paciente não muda hábito. Então é isso que o PSF quer é a prevenção e o tratamento.

B [dentista]: a gente também faz nas escolas as ações educativas, creches, a parte de saúde bucal, mensalmente, algumas vezes quando meninos tão desocupados e nós estamos também, pra dar esse suporte. Os alunos [das universidades] também vêm trabalhando bastante, melhorou nas inovações né, pra trabalhar educação em saúde focando higiene e saúde, saúde bucal, alimentação e também assim, incentivando a escovação e aplicação de flúor. Na creche a gente tá fazendo um tratamento curativo. A gente fez até um painel sobre isso e apresentou num congresso aqui e a gente viu que deu resultado sim, porque muitas vezes a gente não tem porta pra essa demanda que tá na creche, outra forma de trabalhar o curativo sem ser no consultório (Equipe 2).

De maneira geral, os grupos acontecem regularmente, quinzenal ou mensalmente, e focalizam práticas educativas em saúde. Os locais de realização variam bastante, a depender da capacidade de organização e articulação da equipe com as instituições sociais presentes na comunidade. A reclamação da inadequação de espaço adequado na USF para a realização dos grupos surgiu, em diferentes equipes, porém, diversos outros espaços da comunidade foram citados como cenários para realização das atividades: escolas, creches, centros comunitários, igrejas etc.

V [enfermeira]: não, a gente tá voltando a fazer os grupos né, já começamos com as gestantes, e já estamos com o planejamento pra voltar com os idosos. E a dificuldade... e a dificuldade real é que a gente não tem onde fazer. A gente tá com esse espaço aqui agora porque a psicóloga não veio, se não

a gente iria se espremer em alguma sala ali... ou na que eu estava, que é pequena, né, ou na sala da pediatria que não tem ar condicionado e é... Então assim, a gente tem um interesse grande, mas o grande problema é que a gente não tem local pra isso. A gente vai na igreja mas a gente percebe que... eles dão, eles oferecem..., eles conseguem, mas assim, é um lugar muito quente também, né, e aí assim, já é um outro... aí a gente não se sente tão bem. A gente acha assim que, a gente percebe que se fosse na própria unidade, as pacientes recebem melhor do que em outro espaço. Seria melhor realmente se fosse aqui. Mas isso é um grande problema que a gente tem aqui. Já solicitamos n vezes, de várias formas... (Equipe 3).

As temáticas são orientadas de acordo com o público de cada grupo e as estratégias utilizadas são variadas, a depender da criatividade e experiência da equipe. A participação dos diferentes profissionais nos grupos é estimulada, porém, observa-se que as enfermeiras, dentistas e ACSs são os que mais se dedicam a esse tipo de atividade. Observamos também que a enfermeira, em geral, exerce papel de liderança na programação e desenvolvimento das ações, e que alguns profissionais, principalmente os médicos, ficam à parte dessas atividades por se sentirem muito presos pela demanda de atendimento individual no consultório.

Os trabalhadores manifestam frequentemente valorizar a realização das ações educativas com os grupos, entendendo que essas são práticas voltadas para a prevenção e “promoção da saúde”, cumprindo o real papel da ESF, que não deve estar voltada apenas para o atendimento individual, pontual e curativo. Entretanto, manifestaram desapontamento ao não perceberem uma boa receptividade e valorização por parte da população. A partir do consolidado do material empírico, observamos que a pouca receptividade do público acontecia quando a equipe conduzia as ações educativas numa lógica prescritiva, pontual e focada na doença e na imposição de comportamentos preventivos, como na situação relatada a seguir.

Pesquisadora: como que é a sala de espera?

E [ACS]: a V [enfermeira] propõe os temas, vê o que é que a nossa comunidade tá mais precisando e a gente faz. Porque assim, a sala de espera que a gente faz não é só pra comunidade do PSF, é pra comunidade do bairro, né. Então assim, ela propõe os temas e aí a gente divide entre a gente, né.

Pesquisadora: por que essa...

[Barulho, todos falam e não é possível compreender o que é dito].

E [auxiliar de enfermagem]: o problema da sala de espera é que nem todo mundo tem facilidade de falar em grupo, assim, pra várias pessoas. E tem um problema da gente aqui é que, ou que não tem ninguém, tem dia que não tem uma alma viva, e graças a Deus o movimento está estacionado, ou é ao contrário, um tumulto que você não consegue falar nada. Aí você começa falando de uma gripe, depois entra no cranco mole, e no final tá falando da Aids, e não tem proveito nenhum porque ninguém presta atenção. Porque quando um tá tentando prestar atenção, você tá dando três gritos com o outro que tá do lado colaborar com a gente. Então resumindo, a gente fica na bronca da sala de espera só por causa disso. A gente não tem como utilizar e passar a mensagem legal que a gente gostaria de passar (Equipe 3).

Por outro lado, várias experiências foram citadas sobre a realização dos trabalhos educativos que buscam superar a lógica puramente preventiva e se aproximam de ações contextualizadas às necessidades trazidas pelos públicos, utilizando estratégias lúdicas de educação e promovendo atividades que favoreçam a aquisição de habilidades individuais que melhorem a qualidade de vida das pessoas. Essas experiências eram relatadas com grande entusiasmo pelas equipes, e diferentemente do que foi relatado sobre as atividades educativas mais prescritivas, com enfoque na prevenção, tais experiências contam com grande aceitabilidade e participação da comunidade.

Nos depoimentos, o desenvolvimento dessas ações de promoção à saúde é marcado por preocupação crescente por estratégias educativas participativas, lúdicas, com ênfase no aspecto positivo da saúde. Nesse sentido, as equipes ouvem os desejos dos usuários e buscam desenvolver atividades de interesse para a comunidade: oficinas de artesanato, caminhadas, passeios, festas etc.

Nesse processo, equipe e comunidade se mobilizam em busca de parcerias diversas, com espaços e instituições da própria comunidade, da gestão municipal e das universidades, em especial as públicas (estadual e federal de Alagoas). A presença de estudantes do PET-Saúde foi citada com frequência como importante aliada no desenvolvimento de práticas educativas participativas e lúdicas. Ou seja, tais atividades são **conduzidas com forte enfoque intersetorial**.

Os grupos educativos foram citados como espaços privilegiados de ações interdisciplinares e estratégicas para a equipe de saúde organizar sua demanda (que é excessiva). Os trabalhadores relatam que a realização dos grupos, além de produzir impacto positivo na saúde das pessoas, também colabora para a organização do processo de trabalho, **viabilizando o trabalho em equipe interdisciplinar**.

B [enfermeira]: na parte da promoção da saúde a gente está dentro desses grupos, então o que é que a gente fez aqui, como a gente não dá conta e a gente idealiza junto, a gente começou a construir de acordo com o que a gente observou da habilidade de cada um, a afinidade, o que é que cada um poderia fazer. Então nós temos V responsável pela sala de vacina aqui nessa unidade, o que acontecer dentro da sala de vacina todo mundo faz tudo dentro da enfermagem na sala de vacina, mas ela é que vai me responder. Pra gente ter um acompanhamento de que usuário está chegando, o que é que tá funcionando. A parte da criança quem fica é S, vendo o Sisvan, vendo se algum desnutrido está chegando, se não está sendo acompanhado, pra também tá ajudando a gente na parte do acompanhamento. Na parte da promoção à saúde, nos grupos operativos, nós temos a H com a responsabilidade, os agentes, os auxiliares, todo mundo, porque a gente tem um grupo de gestantes “Gesta-família”, o grupo de adolescentes que é o “Criar, crescer e aprender”, o grupo da criança que é “Criar e recrear”, temos o do Hiperdia, que é o “Hipersaúde feliz”, em que a gente faz atividade lúdica com eles, faz caminhada uma vez ao ano e faz lanche uma vez ao ano, reúne uma família uma vez ao ano. Temos o da amamentação, que integra todos os grupos e temos o dia de comemoração. Temos a feira da pechincha que é como Hiperdia e como grupo “Vida”, que é o do idoso, onde a gente faz dois momentos ao ano, três, onde a gente faz um brechó e vende roupa, sapato, brinco, bijuteria... (Equipe 9).

Analisando os relatos sobre a realização dos grupos educativos, observamos que quanto mais as atividades se aproximam de uma lógica de promoção, com foco no aspecto positivo da saúde, utilização de estratégias participativas, lúdicas e contextualizadas à realidade, mais intenso é o compromisso e envolvimento dos trabalhadores com as ações.

Um aspecto que merece destaque, referente à percepção das equipes sobre a potencialidade da educação em saúde, realizada no atendimento individual ou coletivo, é o entendimento de que tais ações exercem impacto positivo nos indicadores de saúde e auxiliam no processo de trabalho cotidiano.

G [auxiliar de enfermagem]: a gente fala da escabiose, mas tem também o caso dos picos hipertensivos, né, diminuiu bastante...

R [dentista]: os picos hipertensivos diminuíram bastante.

G [auxiliar de enfermagem]: diminuiu, mas a gente ainda encontra, com mais frequência.

Pesquisadora: na opinião de vocês, o que é que fez com que isso melhorasse?

R [dentista]: o trabalho (todos respondem).

Pesquisadora: e que tipo de trabalho?

M [auxiliar de enfermagem]: trabalho educativo...

R [dentista]: esse vínculo mesmo que os agentes têm...

M [auxiliar de enfermagem]: a continuidade, né, da investigação...

Pesquisadora: isso que a dentista citou, vínculo, né. Vocês, B e H, como que vocês percebem isso, porque vocês estão sempre, o tempo todo com a comunidade, nesses anos que vocês têm na comunidade, o que é que resolveu? Como essas questões que elas colocaram da escabiose, da cárie, né, dos picos hipertensivos, isso melhorou? E por quê? O que é que vocês acham que melhorou?

H [ACS]: por exemplo, como aqui a gente tem uma equipe, e nós estamos sempre em constante com o paciente, a gente tá passando sempre pra dar a informação, entendeu... a informação é de grande importância, né, e aqui nós não temos saneamento básico, né, que é um dos grandes vilões pra isso. A água também, veio ser tratada há pouco tempo, mas nem todos têm acesso à água tratada entendeu.

G [auxiliar de enfermagem]: a gente tinha casos de hepatite A, né...

H [ACS]: hepatite A tinha muitos casos, né.

R [dentista]: e diminuiu depois da água...

H [ACS]: o hipoclorito, que é distribuído na unidade, entendeu.

R [dentista]: até a própria escabiose também tá associada a isso, porque mudou a água.

Pesquisadora: e você, B?

B [ACS]: o grupo de hiperdia eu acho importante, porque sem dúvida isso faz muita coisa. Você chega com o paciente, conversa com ele sobre isso...

G [auxiliar de enfermagem]: conversa sobre a dieta, o comportamento.. é um atendimento domiciliar.

B [ACS]: a gente fala com ele na área, se já tomou a medicação hoje, se tá com sal na comida, entendeu, e essa própria conversa que eu tenho com eles já diminuiu muito (Equipe 9).

Por fim, a percepção do impacto positivo que as ações individuais ou coletivas de prevenção e educação em saúde exercem na qualidade dos produtos do trabalho em saúde está relacionada ao controle da doença, reiterando o olhar dicotômico entre assistência individual e coletiva, voltada prioritariamente para cura e prevenção.

Contraditoriamente, as equipes manifestaram forte crítica ao modelo medicalizante, referindo sentir descompasso nos modelos de atenção: esse que são condicionados a reforçar, tendo em vista a demanda e a lógica da oferta da atenção, com valorização das tecnologias duras amparadas predominantemente no conhecimento biomédico, e aquele que acreditam relacionar-se à lógica da Saúde da Família, voltado à prevenção e à promoção da saúde.

Essa conjuntura configura uma situação de transitoriedade de modelos de maneira que ao mesmo tempo em que manifestam postura autoritária diante do usuário, de recomendação de padrões de comportamento para cura, controle e prevenção de doenças, em nível individual e coletivo, também sinalizam aproximações com um cuidado amparado nas tecnologias leves de acolhimento, escuta e vínculo.

Nesse sentido, visualizamos que as potencialidades presentes no trabalho das equipes aparecem em dois planos de atenção, o individual e o coletivo. No plano individual, os encontros dos trabalhadores com os usuários, seja nos espaços da USF ou sejam no domicílio, são conduzidos buscando-se o envolvimento e responsabilização da família no processo de cuidado e a valorização da longitudinalidade do cuidado. Na dimensão coletiva, a realização de grupos educativos é frequente, bastante valorizada e esses constituem em espaços privilegiados para o exercício da interdisciplinaridade, intersetorialidade e experimentação de ações que superam o foco na doença e abarcam a concepção ampliada e positiva de saúde, com desenvolvimento mais ou menos presentes de estratégias mais participativas, contextualizadas à realidade local e que se aproximam do cuidado voltado à promoção da saúde e integralidade.

Isso significa que, embora o foco da atenção esteja ainda bastante direcionado para a patologia, condicionado pela própria configuração de demanda e oferta da ESF, a expansão e valorização do território de tecnologias leves, presente no cotidiano do trabalho das equipes constitui um campo fecundo de desenvolvimento de ações e valores que indicam um caminho de mudança de modelo.

Para que a mudança se efetive e um modelo de integralidade do cuidado seja alcançado, entendemos que outras instâncias devem ser chamadas e integradas nesse processo, visto que a promoção da saúde e a integralidade são dimensões que exigem um esforço coletivo, institucional e intersetorial para seu desenvolvimento. Ou seja, o processo de trabalho cotidiano apresenta a potencialidade de mudança e até aponta direções antenadas às produções mais recentes da Saúde Coletiva brasileira, entretanto, outros atores devem ser chamados para compartilharem a responsabilidade da mudança e, assim, participarem da construção de um novo modelo.

Os próprios trabalhadores entrevistados apontaram essa necessidade em diversos momentos, reforçando que sozinhos e isolados o desenvolvimento do trabalho em saúde não atinge o máximo de sua potencialidade. Dentre as muitas considerações, reclamações e sugestões por eles manifestas, e que reforçam essa afirmativa, uma fala recorrente e surpreendente para esta pesquisadora foi a valorização que expressaram em relação a esta pesquisa de doutorado, da qual são sujeitos.

Tal expressão pôde ser percebida objetivamente nas falas ou subjetivamente nos gestos e comportamento de receptividade e abertura durante a condução de todos os Grupos Focais. Ao final das entrevistas, os trabalhadores maciçamente avaliaram positivamente o momento que tiveram para dialogar e refletir sobre seu cotidiano e sinalizaram a necessidade de continuidade de encontros como este e a necessidade de que esses despertem mudanças positivas.

Finalizamos o último tema deste estudo, com a compreensão que não chegamos ao fim, e sim apenas no começo da travessia. E para começar, ficamos com o incentivo contido nas palavras simples e profundas de quem enfrenta o árduo cotidiano da realidade de trabalho na ESF de uma comunidade pobre, da capital mais pobre do Brasil:

H [assistente social]: eu estou saindo esperançosa, porque eu sei que o que você tá fazendo é um trabalho sério, é uma tese de doutorado, e espero que os produtos do seu trabalho sirvam pra ajudar de alguma forma esse sistema que na teoria é tão bonito, e que na prática não funciona como deveria (Equipe 9).

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mergulhar no campo do trabalho cotidiano de equipes de Saúde da Família em Maceió, com o desafio de analisar a potencialidade criadora e transformadora do trabalho, para a construção de modelo de atenção sustentado pelos princípios do SUS, não foi tarefa fácil. A experiência do doutorado possibilitou problematizar e analisar sistematicamente questões que haviam sido despertadas no caminho trilhado até então, abrindo múltiplas possibilidades para novos encontros e desafios. Isso significa dizer que, dialeticamente, ao mesmo tempo em que o doutorado trouxe respostas, abriu muitas outras, cumprindo seu papel fundamental de produzir conhecimento e disparar processos de mudança na realidade social na qual estamos inseridos.

A adoção por uma metodologia, que captasse os aspectos objetivos e subjetivos do objeto de estudo analisado, possibilitou o aprofundamento e a flexibilidade metodológica necessária para a compreensão e a problematização do processo de trabalho como categoria analítica, que traz a potência da mudança de modelo. A realização dos grupos focais em USFs de todos os DSs de Maceió permitiu amplitude visual sobre o processo de trabalho das equipes em diferentes contextos da referida capital, além de oportunizar a análise das práticas, captando as potencialidades manifestas pelos trabalhadores, quando atuando em equipes interdisciplinares e multiprofissionais.

A utilização de princípios oriundos da dialética e hermenêutica para interpretação dos resultados obtidos trouxe dinamismo ao processo de análise e criação da tese, permitindo movimentos de idas e vindas para apresentação e discussão das ideias centrais, de maneira a retratar a espiral móvel do processo de trabalho, desenhada o tempo todo pelo contexto e pela crítica. A hermenêutica trouxe a ideia de processo e de historicidade de maneira que entender o dinamismo contido no trabalho em saúde permitiu conhecer suas fragilidades e potencialidades de transformação. Enquanto que a dialética oportunizou o avanço da compreensão, por meio do estranhamento e da crítica, de maneira que o movimento de negação e afirmação do trabalho indicou sua conformação ao contexto sociopolítico, ao tempo que apontou caminhos para transformação expressos pelas potencialidades.

Os resultados da primeira fase do estudo demarcaram um contexto de grave situação de vulnerabilidade social e adoecimento da população, além de insuficiência e precariedade da rede de serviços de saúde de Maceió. A experiência de construção do perfil sociossanitário do município foi particularmente desafiadora e instigante. Desafiadora pela dificuldade na

obtenção dos dados e escassez de trabalhos publicados e disponíveis. E instigante pela relevância dos dados encontrados, que evidenciaram indicadores alarmantes, como os relativos à renda, à violência e à saúde mental da população. O contato com esse contexto forneceu as pistas necessárias para a compreensão da dura realidade enfrentada pelos trabalhadores, protagonistas da segunda fase do estudo.

Os resultados da segunda fase trouxeram novos elementos para a composição do contexto de trabalho das equipes estudadas, o que aqui se intitulou configuração do processo de trabalho; e a discussão temática dos relatos a respeito do cotidiano do trabalho das equipes, apresentados em três grandes temas, onde discutiu-se, criticamente, as fragilidades e potencialidades das práticas. A análise da configuração do processo de trabalho e análise das potencialidades nele contidas evidencia uma conformação dos sujeitos à realidade, posta pelo modelo de saúde hegemônico, ao tempo que aponta contradições presentes e potentes para mudança positiva do modelo.

O trabalho das equipes está configurado em uma lógica amarrada à normatização instituída pela Estratégia Saúde da Família, em que o trabalho vivo é o tempo todo capturado pelo trabalho morto, aqui constituído pelas normas e técnicas dos programas e protocolos padronizados nacionalmente para a estratégia. Entretanto, o vínculo afetivo construído com a comunidade permite linhas de fuga, que abrem espaço para a manifestação de outras demandas e outros arranjos para organização das práticas.

A conformação ao modelo hegemônico é evidenciada no trabalho das equipes pela divisão técnica do trabalho, marcada por relações de subordinação e mando, cuja intencionalidade se volta para o cumprimento das metas estabelecidas para a ESF. Nesse percurso, o saber tecnocientífico se sobrepõe aos demais saberes, de maneira que as tecnologias duras e leve-duras se constituem em instrumentos privilegiados para intervenção. Os produtos obtidos seguem uma lógica dicotômica de divisão entre ações voltadas para os planos individual e coletivo, e assistências curativa e preventiva.

Embora a conformação do processo de trabalho à normatização imposta seja claramente observada, a capacidade crítica dos trabalhadores sobre o contexto social da comunidade e o forte vínculo construído, cotidianamente, com as famílias produzem, nos encontros intercessores onde os usuários podem expressar livremente suas necessidades, processos de mudanças mediados pela intersubjetividade.

Entende-se, aqui, que o rompimento que fazem nesse sentido, embora não supere o modelo biomédico, produz ruídos que indicam a travessia, um movimento de transitoriedade entre modos de fazer. De maneira que concepções e práticas arraigadas de domínio do

trabalho morto sobre o trabalho vivo coexistem com percepções e iniciativas que burlam o instituído, inaugurando novos modos de fazer que se constitua como potencialidades de reversão do modelo.

Dentre as diversas potencialidades discutidas neste estudo, destaca-se a que se mostrou como núcleo central disparador de todas as outras: laços de afeto e amizade desenvolvidos com a comunidade, que estreitam as relações de vínculo, compromisso e responsabilidade do trabalhador com o seu trabalho. Na renda do cuidado tecida pelas equipes, tais sentimentos alicerçam a intersubjetividade do processo de trabalho e se constituem na matéria-prima de seus produtos. Nesse sentido, entende-se que as demais potencialidades encontradas caminham conectadas às relações de vínculo e compromisso construídos.

Assim, a busca pelo exercício do trabalho em equipe, o desenvolvimento da capacidade crítica e criativa para entendimento do contexto e proposta de soluções, o uso cotidiano da informalidade como estratégia para aumentar a resolubilidade dos serviços, a profusão de encontros para escuta, acolhimento e diálogo como tecnologias leves, utilizadas no cotidiano em saúde, e a valorização das ações de prevenção e promoção da saúde constituem-se em algumas das múltiplas potencialidades encontradas na análise do processo de trabalho das equipes investigadas.

Cada potencialidade destacada é alimentada pelo compromisso e senso de responsabilidade dos trabalhadores com o cuidado, e aprofundada pelas relações de vínculo e confiança com a comunidade. Dessa maneira, entende-se que quanto mais se investir na valorização e qualificação do território de tecnologias leves, onde a subjetividade do trabalho se expressa e se mostra mais potente, mais próximo estar-se-á de um modelo de atenção amparado na integralidade e na humanização das práticas.

Esses achados dialogam com os *valores* difundidos como base moral da APS, discutidos na introdução deste estudo: direito à saúde, equidade e solidariedade. Embora a operacionalização desses valores implique em mudanças macroestruturais de modelos e sistemas de saúde, pode-se dizer que, no âmbito micropolítico da saúde, os trabalhadores da APS em Maceió vêm buscando imprimir em suas práticas valores que remetem à compreensão do indivíduo e da família em seu contexto social.

Nesse sentido, as contribuições deste estudo estão em mapear o rico e desafiador cenário do trabalho em saúde no contexto da AB em Maceió, oferecendo pistas para potencializar mudanças necessárias para (re)configuração do modelo de atenção. Vale ressaltar que mudanças macroestruturais são apontadas neste estudo como imprescindíveis

nessa travessia, porém, o campo micropolítico das práticas apresentou potencialidades importantes para reversão do modelo, confirmando as premissas colocadas no início do estudo. Ou seja, que o trabalho em saúde, por seu caráter histórico e social, vai se recombinaando em ato, burlando o instituído que, por vezes, aprisiona e captura sua força criativa. Nesse processo, nas equipes investigadas, quanto mais variadas e desviantes as linhas de fuga construídas, mais os sujeitos se empoderam de sua capacidade criadora e se aproximam de um fazer humanizado e integral.

Uma contribuição interessante deste estudo está em investir no empoderamento dos trabalhadores, por meio de estratégias de qualificação do seu trabalho, que valorize o protagonismo dos sujeitos e sua capacidade criativa. Sementes dessa contribuição já estão sendo lançadas, na forma de divulgação dos resultados da pesquisa, estabelecimento de parcerias interinstitucionais e idealização, ainda que inicial, de projeto voltado para a Educação Permanente dos trabalhadores da AB em Maceió¹².

Na travessia, as equipes vivenciam um movimento em que elementos normativos de captura do trabalho vivo coexistem com forças mobilizadoras de mudanças. Tais forças estão amparadas principalmente na intersubjetividade presente no cotidiano do trabalho das equipes e no campo de tecnologias leves que se apresenta como alternativa disparadora de mudanças e condutora da travessia. Isso não significa negar a importância das outras tecnologias e dos conhecimentos formais e mais estruturados. Significa ressignificar as práticas, apostando em novos modos de fazer, que não necessariamente abandone o instituído e, sim, costure redes de cuidado com e para as pessoas, que minimizem o sofrimento, defendam a vida e promovam saúde.

¹² Os resultados parciais desse estudo foram apresentados para os gestores municipais de saúde, em evento científico, promovido pela Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas, em parceria com a Fapeal, em setembro de 2013. Os gestores mostraram interesse e inquietação com os resultados e a discussão dos resultados divulgados caminhou no sentido de utilizar a pesquisa para elaborar um projeto de Educação Permanente em futuro próximo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P. **O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva rede básica de saúde em Ribeirão Preto**. 1991. 297 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1991.

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 Comun., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 5, n. 9, p. 150-153, 2001.

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M.; PEDUZZI, M. A pesquisa em enfermagem fundamentada no processo de trabalho: em busca da compreensão e qualificação da prática de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51.; CONGRESSO PANAMERICANO DE ENFERMAGEM, 10., 1999, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis, 1999.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Orgs.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. São Paulo: Medsi, 2003.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 783-836.

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

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

AYRES, J. R. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 4, n. 6, fev. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832000000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 dez. 2013. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832000000100010>

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.

BATISTELLA, C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. (Orgs.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 25-49.

BERNARDES, E. H.; PEREIRA, M. J.; SOUZA, N. R. Atenção Primária à Saúde diferente de prevenção e promoção. **Ciênc. Praxis**, Passos, v. 1, n. 1, p. 47-52, 2008.

BERNARDES, E. H.; PEREIRA, M. J. B.; SOUZA, N. R. Integralidade, na concepção de enfermeiros, da estratégia de saúde da família. **SMAD**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 1, fev. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático da saúde da família**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF, 2004b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 22 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o pacto pela saúde – Consolidação do SUS e Aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. 2. ed. Brasília, DF: CONASS, 2006c. (Coleção Progestores).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília, DF, 2007. (Série E. Legislação de Saúde; Série Pactos pela Saúde, 4).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2011a. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, 9).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2011b. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, 9).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. 2011c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 10 dez. 2014.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERINA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 15-38.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde PAIDÉIA**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface (Botucatu)**, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar./ago. 2005.

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, mar./abr. 2007.

CAMPOS, G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 nov. 2013. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500009>.

CAMPOS, G. W. S. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, jul. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 nov. 2013. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800002>

CARMO, E. H.; BARRETO, M. L.; SILVA JUNIOR, J. B. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 12, n. 2, p. 63-75, abr./jun. 2003.

CECCIM, R. B.; MERHY, E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 13, 2009. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 dez. 2013. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500006>

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CECILIO, 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, set. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000300022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 dez. 2013. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1997000300022>.

CHIESA, A. M; CIAMPONE, M. H. T. Princípios gerais para a abordagem de variáveis qualitativas e o emprego da metodologia de grupos focais. In: CHIANCA, T. C. M.; ANTUNES, M. J. M. (Orgs.). **A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva - CIPESC**. Brasília, DF: Associação Brasileira de Enfermagem, 1999.

COELHO, I. B. Os impasses do SUS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 309-311, 2007.

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

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, 2011. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2014. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jan. 2014. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>

CZERINA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde: concepções, reflexões, tendências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

DESLANDES, S. F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface Comum. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar./ago. 2005.

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**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 195-223.

DOMINGOS, M. M. L. N. **Avaliação para a melhoria da qualidade (AMQ):** monitorando as ações na Saúde da Família e criando possibilidades no cotidiano. 2010. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em Enfermagem. In: KURGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 2005. p. 1-13.

FERREIRA, V. S. C.; ANDRADE, C. S.; FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000400021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 nov. 2013. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000400021>

FLEURY, S. A reforma sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 207-317, 2007.

FORTUNA, C. M.; MISHIMA, S. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. LatinoAm. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-268, mar./abr. 2005.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2003.

FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **PSF: contradições e novos desafios**. Campinas, 1999. Disponível em: <<http://www.eeaac.uff.br/professores/merhy/artigos-17.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2002.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. PSF: contradições de um programa destinado à mudança de modelo tecno-assistencial. In: MERHY, E. E. et al (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-124.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/CEPES/Abrasco, 2005. p. 181-193.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Rev. Tempus Actas Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 6, n. 2, p. 151-63, 2012a.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado**. 2012b. Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/reconhecimento-producao-subjetiva-cuidado.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2013.

FREITAS, R. C. M. O governo Lula e a proteção social no Brasil: desafios e perspectivas. **Rev. Katálisis**, Florianópolis, v. 10 n. 1 p. 65-74, jan./jun. 2007.

HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

HABERMAS, J. **Técnica e ciência como ideologia**. Lisboa: Edições 70, 1994.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicol. Ver.**, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, jun. 2004.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 35-46, 2005.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação Geral de Planejamento, Controle e Avaliação. **Plano Municipal de Saúde de Maceió 2006-2009**. Maceió, 2006.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação Geral de Planejamento, Controle e Avaliação. **Perfil epidemiológico de Maceió em 2008: uma construção coletiva do SUS municipal humanizado e solidário**. Maceió, 2009.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação Geral de Planejamento, Controle e Avaliação. **Plano Municipal de Saúde de Maceió 2010-2013**. Maceió, 2010.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; OLIVEIRA, R. C. Concretizando a integralidade nos serviços de saúde. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: EDUCS-CEPES-IMS/UERJ, 2006. p. 51-64.

MALTA, D. C.; CEZÁRIO, A. C.; MORA, L.; MORAIS, O. L. N.; SILVA, J. B. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 15, n. 3, p. 47-65, 2006.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. 14. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 1994. cap. 05.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; CAMPOS, G. W. S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 62, n. 6, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000600010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 nov. 2013. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000600010>

MATSUMOTO, N. F. **A operacionalização do PAS de uma unidade básica de saúde no município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde**. 1999. 201 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma Unidade da Rede Básica de Serviços de Saúde**. 1998. 225 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MEIRELLES, M.; INGRASSIA, T. Perspectivas teóricas acerca do empoderamento de classe social. **Rev. Eletrôn. Fórum Paulo Freire**, v. 2, n. 2, ago. 2006. Disponível em: <<http://www2.ufpel.edu.br/fae/paulofreire/novo/br/pdf/Mauro%20Meirelles%20e%20Thiago.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2013.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

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

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde**: processo de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR, 1992. (Cadernos CEFOR. Textos, 1).

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. (Orgs.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-12.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2014.

MERHY, E. E. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/CEPES/Abrasco, 2005. p. 195-206.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: ONOKO, R.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 71-112.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 118-122, 2002.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O.; NOGUEIRA FILHO, R. C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, n. 33, p. 83-89, 1991.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2008a.

MINAYO, M. C. S. Hermenêutica e dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Orgs.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008b. p. 83-108.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

MISHIMA, S. M. **A organização dos serviços de saúde na atenção básica – o trabalho de gerência no nível local**. Aula do Concurso de Professor Titular junto à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, abr. 2008. (Mimeografado).

MORIN, E. **Os sete saberes necessários para a educação do futuro**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2001.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

NICHIATA, L. Y. I.; FRACOLLI, L. A. O Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB como instrumento de trabalho da equipe do Programa de Saúde da Família: a especificidade do enfermeiro. In: INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem**. São Paulo: IDS/USP/MS, 2001. p. 29-33.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: história e paradigmas. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 2, n. 3, p. 107-116, ago. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v2n3/08.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**: relatório mundial. Brasília, DF, 2003.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Renovación de la atención primaria de salud en las Américas**. Washington, DC: OPAS/OMS, 2007.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Saúde, 2000.

PARCHE, D. F. A reforma necessária do SUS: inovações para a sustentabilidade da política pública de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 312-314, 2007.

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

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

PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R.A. **Gestão em redes**: tecendo os fios da integralidade. Rio de Janeiro: EDUCS-CEPESC-IMS/UERJ, 2006.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes X modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2007. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/site/images/stories/livros/textos_livros/livro_construcao_cap1_PINHEIRO_LUZ.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2011.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L.; MACHADO, F. R. S.; GOMES, R. S. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/CEPES/Abrasco, 2005. p. 11-31.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (RIPSA). **Indicadores e dados básicos em saúde – Brasil - 2009**. 2009. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2009/matriz.htm>>. Acesso em: 20 nov. 2010.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 nov. 2013. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200011>

SCHRAIBER, L. B. Ciência, trabalho e trabalhador em saúde: contribuições de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves para a compreensão da articulação entre saber, prática e recursos humanos. **Divulg. Saúde Debate**, Londrina, n. 14, p. 7-9, 1996.

SCHRAMM, J. M. A.; OLIVEIRA, A. F.; LEITE, I. C.; VALENTE, J. G.; GADELHA, A. M. J.; PORTELA, M. C.; CAMPOS, M. R. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Health evaluation: problems and perspectives. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar. 1994.

SILVA JÚNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Q.**, New York, v. 83, p. 457-502, 2005.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 331-340, 2007.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: Edufba, 2005.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf. Epidemiol. SUS**, Brasília, DF, v. 7, n. 2, p. 7-28, abr./jun. 1998. Disponível em: < <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v7n2/v7n2a02.pdf> >. Acesso em: 15 jan. 2009.

TEIXEIRA, R. R. **Estudo sobre a técnica e a saúde**. 2003. 301 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

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, nov. 2010. Suplemento 3. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900036&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 dez. 2013. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900036>

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, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 nov. 2013. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300020>

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS (UFAL). Escola de Enfermagem e Farmácia. **Proposta de reorientação da formação do profissional enfermeiro**. Maceió, 2005.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2010: anatomia dos homicídios no Brasil**. São Paulo: Instituto Sangari, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world health report 2008: primary health care now more than ever**. Geneva, 2008.

APÊNDICES

APENDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,, tendo sido convidad(o,a) a participar como voluntári(o,a) do estudo *Potencial criador e transformador do trabalho em saúde para (re)configuração de modelos de atenção*, recebi da Sra. Débora de Souza Santos, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

§ Que o estudo se destina a analisar características do processo de trabalho em saúde de trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família de Maceió, buscando compreender como as ações cotidianas em saúde podem mudar o modelo de atenção.

§ Que a importância deste estudo é a de contribuir para qualificação das práticas de saúde na Atenção Básica, tendo em vista o fortalecimento do SUS em Maceió.

§ Que os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: conhecer características do processo de trabalho de equipes de Saúde da Família de Maceió e identificar a situação de saúde da população

§ Que esse estudo começará em agosto de 2011 e terminará em dezembro de 2012.

§ Que o estudo será feito da seguinte maneira: observação das ações desenvolvidas por trabalhadores de saúde em uma Unidade de Saúde da Família e entrevista gravada com estes trabalhadores.

§ Que eu participarei das seguintes etapas: permitindo que a pesquisadora observe minhas ações cotidianas de trabalho e faça anotações sobre elas, e sendo entrevistado por esta pesquisadora.

§ Que os incômodos que poderei sentir com a minha participação são os seguintes: constrangimento por ser observado em meu cotidiano de trabalho e desconforto ao responder perguntas da entrevista gravada.

§ Que os possíveis riscos à minha saúde física e mental são: a participação no estudo não me oferece nenhum risco físico ou mental.

§ Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação, mesmo que não diretamente são: conhecimento mais atualizado e crítico sobre a situação de saúde do meu município; possibilidade de refletir sobre as ações que desenvolvo como trabalhador da saúde; possibilidade de ter o meu processo de trabalho qualificado; possibilidade de mudanças no SUS em Maceió.

§ Que a minha participação será acompanhada do seguinte modo: a pesquisadora estará presente em todos os momentos da minha participação e eu poderei recorrer a ela em caso de dúvidas ou impossibilidades de continuar participando.

§ Que, sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

§ Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.

§ Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

§ Que eu deverei ser indenizado por qualquer despesa que venha a ter com a minha participação nesse estudo e, também, por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para essas despesas, foi-me garantida a existência de recursos.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

<p>Débora de Souza Santos Instituição: Universidade Federal de Alagoas Endereço: Av. Hamilton Falcão; Quadra E, Lote 8 Bairro: Santa Amélia /CEP: 57063-250 /Cidade: Maceió-AL Telefones p/contato: 82 91060301</p>	<p>ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas: Prédio da Reitoria, sala do C.O.C. , Campus A. C. Simões, Cidade Universitária Telefone: 82 3214-1041</p>
---	---

Maceió, dia ____/____/____

Assinatura do voluntário

Assinatura: Profa. MSc. Débora de Souza Santos

APENDICE B: FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES**POTENCIAL CRIADOR E TRANSFORMADOR DO TRABALHO EM SAÚDE PARA RECONFIGURAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO****Pesquisadora responsável: Débora de Souza Santos (ssdebora@yahoo.com.br)****FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES**

SEXO: () FEM() MASC

DATA DE NASCIMENTO: __/__/____

UBS: _____

ESCOLARIDADE/FORMAÇÃO: _____

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO (SE POSSUIR): _____

FUNÇÃO QUE EXERCE NA UBS: _____

QUAL FOI O MÊS E ANO DE ADMISSÃO NESTE SERVIÇO? _____

RENDIMENTO BRUTO MENSAL (NESTE SERVIÇO): _____

CARGA HORÁRIA DE TRABALHO SEMANAL: _____

FORMA DE INGRESSO NO SERVIÇO: () CONCURSADO () CONTRATADO

PARTICIPOU DE CURSOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO ANO PASSADO?

() SIM () NÃO

VOCÊ CONSIDERA O AMBIENTE FÍSICO DA UNIDADE ADEQUADO?

() SIM () NÃO

VOCÊ ESTÁ SATISFEITO COM O SEU TRABALHO?

() SIM () NÃO () PARCIALMENTE

QUE NOTA VOCÊ DARIA PARA A RESOLUTIVIDADE DESTES SERVIÇOS? Faça um círculo na nota que escolher.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

CITE 3 PONTOS FORTES E 3 PONTOS FRACOS PERCEBIDOS NO COTIDIANO DESTA UBS:

PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS

APENDICE C: ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL

PESQUISA DE CAMPO DOUTORADO

ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL

USF: _____

DATA: ____/____/____ HORA INÍCIO: _____ HORA TÉRMINO: _____

COORDENADORA: Débora de Souza Santos

OBSERVADORA: _____

- 1) **Entrada:** Como (quem, quando, de onde) as pessoas chegam até o serviço? Pelo que procuram?
- 2) **Recepção:** (Momento em que ocorre o contato dos que entraram no serviço com algum membro da equipe) Como o usuário é recepcionado? Quem primeiramente ouve sobre seus problemas e necessidades?
- 3) **Decisão de oferta:** (Quando o trabalhador irá encaminhar o usuário para intervenção no próprio serviço, para outro serviço ou simplesmente negar-lhe qualquer atendimento) Comentem sobre os critérios utilizados por vocês para decidir sobre o que será oferecido ou realizado com o usuário (quem o faz e como faz).
- 4) **Cardápio:** (Conjunto de saberes e práticas que serão utilizados para resolver os problemas e as necessidades de saúde da comunidade) Falem sobre os serviços oferecidos por vocês à comunidade.
- 5) **Saída:** (Identificar a maneira que ele se despede do serviço para analisar a adequabilidade e resolubilidade do processo como um todo) Após passar pelo serviço de saúde oferecido por vocês, como o usuário retorna para o seu cotidiano?

[illegible]

ANEXOS

ANEXO A: AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PARA
REALIZAÇÃO DA PESQUISA

ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
GABINETE DO SECRETÁRIO DE SAÚDE

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Autorizamos, de acordo com a solicitação da Profª. MSc: Débora de Souza Santos, a realização da pesquisa “A Construção de Modelos de Atenção a partir do Trabalho Cotidiano de Equipes de Saúde da Família em Maceió/AL”, que tem como objetivo central analisar os modelos de Atenção Básica Municipal possibilitando, se necessário, a proposição de estratégias que desenvolvam práticas voltadas para o fortalecimento dos princípios do SUS. Será realizada a pesquisa de dados secundários de saúde do município, bem como, a investigação do trabalho cotidiano da equipe de Saúde da família de uma Unidade de Saúde da Família coordenada por esta Secretaria, sob o acompanhamento das respectivas Coordenações dos Distritos Sanitários que serão pesquisados.

Maceió, 26 de janeiro de 2010.

Francisco Carlos Lins da Silva
Secretário Municipal de Saúde de Maceió

ANEXO B: INDICAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

INDICAÇÃO

Trata-se de um trabalho sobre a Construção de Modelos de Atenção a partir do trabalho cotidiano de equipes de Saúde da Família em Maceió-AL, com o objetivo de analisar os modelos de Atenção básica Municipal, e por ser de grande relevância para o Município, indico as seguintes unidades de saúde para realização da pesquisa:

Distrito Sanitário	Quantidade de USF no DS	USF indicada	Telefones para contato
I	01	USF Reginaldo	3315-5413
II	05	USF CAIC Virgem dos Pobres	3315-5280
III	05	USF Pitanguinha	3315-5370
IV	04	USF Fernão Velho	3315-5497
V	05	USF Paulo Leal	3315-5281
VI	05	USF Robson Cavalcante de Melo	3315-4688
VII	08	USF Denisson Menezes	3315-3501
VIII	05	USF Guaxuma	3315-5402

Maceió, 30 de março de 2012.

IRENIDA BRITO DE MEDEIROS
ESF
COORDENADORA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
COORDENAÇÃO
Secretaria Municipal de Saúde de Maceió.
MACEIO

ANEXO C: AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
 (versão outubro/99) Para preencher o documento, use as indicações da página 2.

1. Projeto de Pesquisa: A construção de modelos de atenção à saúde a partir do trabalho cotidiano de equipes de saúde da família em Maceió-AL.				
2. Área do Conhecimento Saúde Coletiva		3. Código: 4.06	4. Nível: (N)	
5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso)		6. Código(s):	7. Fase: (Só área temática 3) I () II () III () IV ()	
8. Unitermos: (3 opções) Trabalho, modelo de atenção, princípios do SUS				
SUJEITOS DA PESQUISA				
9. Número de sujeitos No Centro : Total:		10. Grupos Especiais : <18 anos () Portador de Deficiência Mental () Embrão / Feto () Relação de Dependência (Estudantes, Militares, Presidiários, etc) () Outros () Não se aplica (X)		
PESQUISADOR RESPONSÁVEL				
11. Nome: Débora de Souza Santos				
12. Identidade: 292686572	13. CPF: 22330254822	19. Endereço (Rua, n.º): Rua Prof. Vital Barbosa, 188	Bairro: Ponta Verde	
14. Nacionalidade: Brasileira	15. Profissão: Professora Universitária	20. CEP: 57035-400	21. Cidade: Maceió	22. U.F. AL
16. Maior Titulação: Mestre	17. Cargo: Assistente I	23. Fone: 82 91060301	24. Fax:	
18. Instituição a que pertence: Universidade Federal de Alagoas			25. Email: sdebora@yahoo.com.br	
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução e implementação do projeto acima. Data: 11/05/09 Assinatura:				
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO				
26. Nome: UFAL		29. Endereço (Rua, n.º):		
27. Unidade/Orgão: ESENFAZ		30. CEP:	31. Cidade:	32. U.F.
28. Participação Estrangeira: Sim () Não (X)		33. Fone:	34. Fax:	
35. Projeto Multicêntrico: Sim () Não (X) Nacional () Internacional () (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)				
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Nome: Cargo: Assinatura: Data: 11/05/2009				
PATROCINADOR Não se aplica ()				
36. Nome:		39. Endereço:		
37. Responsável:		40. CEP:	41. Cidade:	42. UF
38. Cargo/Função:		43. Fone:	44. Fax:	
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP				
45. Data de Entrada: 19/05/09	46. Registro no CEP: 010136/2009-15	47. Conclusão: Aprovado (X) Data: / /		48. Não Aprovado () Data: / /
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para: a cada 3 meses				
Encaminhado a CONEP: 50. Os dados acima para registro () 51. O projeto para apreciação () 52. Data: / /		53. Coordenador(a) Nome: Assinatura: Anexar o parecer substanciado		
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP				
54. Nº Expediente:	56. Data Recebimento:	57. Rubrica do CONEP: Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa		
55. Processo:				