

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ANA MARIA NUNES DA SILVA

ABORDAGEM DE NECESSIDADES DE SAÚDE NO ENCONTRO
ASSISTENCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM CUIABÁ-
MT

Cuiabá-MT

2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ANA MARIA NUNES DA SILVA

**ABORDAGEM DE NECESSIDADES DE SAÚDE NO ENCONTRO
ASSISTENCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM CUIABÁ-
MT**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal de Mato Grosso, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Processos e práticas em saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Edir Nei Teixeira Mandú

Cuiabá-MT

2010

Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho, por meio de qualquer fonte convencional ou eletrônica, para fins de estudo e de pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

S586a Silva, Ana Maria Nunes da

Abordagem de necessidades de saúde no encontro assistencial na Estratégia Saúde da Família em Cuiabá-MT / Ana Maria Nunes da Silva. – 2010.

137 f. ; 30 cm.

“Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Edir Nei Teixeira Mandú”.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem, Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Processos e Práticas em Saúde e Enfermagem, 2010.

Bibliografia: f. 121-127.

Inclui anexo.

1. Saúde Pública – Cuiabá (MT). 2. Programa Saúde da Família. 3. Saúde da Família – Atenção básica. 4. Saúde da Família – Necessidades e demandas. 5. Sistema Único de Saúde – Cuiabá (MT). 6. Enfermagem em Saúde Pública. I. Título.

CDU – 614(817.2)(043.3)

Ficha elaborada por: Rosângela Aparecida Vicente Söhn – CRB-1/931

FOLHA DE APROVAÇÃO

ANA MARIA NUNES DA SILVA

Abordagem de necessidades de saúde no encontro assistencial na Estratégia Saúde da Família em Cuiabá-MT.

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal de Mato Grosso, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Processos e práticas em saúde e enfermagem.

Aprovada em ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Edir Nei Teixeira Mandú

(Orientadora)

Instituição: UFMT Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Marina Peduzzi

(Membro externo)

Instituição: USP-SP Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Neuci Cunha dos Santos

(Membro interno)

Instituição: UFMT Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Janete Tamami Tomiyoshi Nakagawa

(Membro suplente)

Instituição: UFMT Assinatura: _____

Dedicatória

A Deus.

Agradecimentos especiais

Aos meus pais, Cleonice Ribeiro Nunes da Silva e Nacio Gonçalves da Silva, que sempre me apontaram a importância do estudo, me incentivaram e apoiaram – e continuam apoiando - com amor em toda minha vida.

A minha irmã Marcela Cristina Nunes da Silva, pela compreensão diante dos momentos em que me fiz ausente e pelo apoio constante.

As minhas avós, Francisca Maria de Souza Nunes e Maria Amires, pelas orações e incentivos.

Aos meus avôs, Moacir Ribeiro Nunes e Gonçalo Juvelino da Silva, *in memoriam*, na certeza do apoio e felicidade que compartilhariam neste momento.

Aos meus tios e demais familiares, por acreditaram e torcerem pela consagração de mais esta vitória, em especial a Olivar Ribeiro Nunes, Miriam Alves Gouveia, Natal de Jesus da Silva e Nilma Bem Aventurança da Silva Suares.

À professora e amiga Dr^a Edir Nei Teixeira Mandú, pela amizade sincera, pela orientação na vida e calma exigida, e ao seu esposo, José Carlos (Zeca), pela abertura, lanchinhos e paciência.

À professora Dr^a Maria Aparecida Munhoz Gaíva, pela presença carinhosa em toda a minha trajetória acadêmica.

Às professoras Dr^a Marina Peduzzi, Dr^a Neuci Cunha dos Santos, Dr^a Janete Tamami Tomiyoshi Nakagawa, Dr^a Alice Guimarães Bottaro de Oliveira e Dr^a Célia Regina Rodrigues Gil, pelas importantes contribuições somadas ao meu trabalho.

Aos professores da Faculdade de Enfermagem da UFMT e, em especial, aos do Programa de Mestrado em Enfermagem.

Aos colegas do curso de mestrado, pelos momentos de inspiração e transpiração, com carinho particular a Carolina Campos Ribeiro, Jacqueline Pimenta Navarro, Lorena Araújo Ribeiro e Quéli Cristina de Oliveira.

Aos amigos Jacqueline Pimenta Navarro, Daniela Caminski e Willians Blank, pelos abraços, carinho e apoio nos vários momentos em que deles necessitei.

Aos meus alunos, que me motivam a busca.

À Universidade Federal de Mato Grosso, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e a Secretaria Municipal de Saúde do município de Cuiabá-MT.

A todos aqueles que contribuíram para mais esta etapa e sonho concretizado.

TRADUZIR-SE

Uma parte de mim é
todo mundo; outra parte
é ninguém: fundo sem
fundo.

Uma parte de mim é
multidão; outra parte
estranheza e solidão.
Uma parte de mim pesa,
pondera; outra parte
delira.

Uma parte de mim
almoça e janta; outra
parte se espanta.

Uma parte de mim é
permanente; outra parte
se sabe de repente.

Uma parte de mim é só
vertigem; outra parte,
linguagem.

Traduzir uma parte na
outra parte – que é uma
questão de vida ou
morte – será arte?

SILVA, A. M. N. Abordagem de necessidades de saúde no encontro assistencial na Estratégia Saúde da Família em Cuiabá-MT. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem, Cuiabá, 137 p.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Edir Nei Teixeira Mandú.

RESUMO

Tendo em vista a reorganização das práticas de saúde no Brasil, no contexto de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), constituiu-se, a partir da segunda metade da década de 1990, a política denominada Estratégia Saúde da Família (ESF), recolocando em novos termos a assistência básica, a atenção à família e às suas necessidades de saúde. Nessa estratégia, os trabalhadores devem participar da abordagem ampla a necessidades de saúde da população, utilizando-se, para tal, de tecnologias diversas que propiciem como produto final da ação sua satisfação. Olhando para essa questão, este estudo tomou como objeto o modo como ocorre, no encontro assistencial da ESF, a aproximação, apreensão, recusa ou resposta a necessidades de saúde de usuários. Seu objetivo foi analisar a abordagem de necessidades de saúde de usuários no processo de trabalho da ESF em Cuiabá, Mato Grosso. Realizou-se um estudo qualitativo, ancorado em uma visão sócio-histórica do processo de trabalho, considerando a participação dos sujeitos trabalhadores e usuários em sua configuração. A coleta de dados foi realizada em uma unidade da ESF na Regional Norte de Cuiabá. Foram utilizadas as técnicas observação participante e entrevista semi-estruturada. Para contextualização do estudo foi feita consulta a documentos/registros e observação direta da unidade participante. Na análise dos dados foi empregada a técnica de análise de conteúdo temática. A abordagem das necessidades de saúde na ESF analisada é caracterizada por um processo de afunilamento ou seleção destas, propiciado por diversos contornos de necessidades, acompanhado por inúmeros tensionamentos e conflitos, e por estratégias de afirmação do estabelecido e/ou de ampliação da apreensão de necessidades, adotadas por usuários e/ou trabalhadores. Identificou-se a importância da participação dos sujeitos na reafirmação, confrontação e/ou flexibilização do estabelecido, conformando as possibilidades de uma abordagem mais ou menos ampliada das necessidades de saúde. A ampliação da apreensão e resposta a necessidades de saúde, coerente com uma perspectiva assistencial cuidadora, requer a desconstrução do modelo assistencial centrado na prática médica e o fortalecimento do poder transformador dos indivíduos e das potencialidades presentes no encontro relacional assistencial.

PALAVRAS-CHAVE: Programa Saúde da Família; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde; Trabalho.

SILVA, A. M. N. Boarding the Health Needs in the Family Health Assistencial Strategy in Cuiabá-MT. (Master in Nursing) - Post-Graduate Course in Nursing. Federal University of Mato Grosso, School of Nursing, Cuiabá, 137 p.
Supervisor: Prof^ª. Dr. Edir Nei Mandú Teixeira.

ABSTRACT

Aiming at reorganizing the health practice in Brazil in an implementation context of the “Sistema Único de Saúde” (SUS), it is, since the late 90’s, the politics elected the “Estratégia Saúde da Família (ESF)”, replacing in new terms of basic assistance, the attention to the family and its health needs. In this strategy, the workers must participate on the wide boarding to the population health needs, putting in practice, then, the several technologies which bring as a result their satisfaction. Having a deep look at this question, the present study took as objective, the way it occurs, in the ESF assistencial meeting, the approach, the apprehension, refusal or answering the users’ health needs. Its objective was to analyze the boarding of the users’ health needs in the ESF work process in Cuiabá, state of Mato Grosso. A qualitative study was made, focusing on a socio historic vision of the work process, considering the workers participation and also users in their configuration. The data collecting was made in an ESF Unit in the Northern area of Cuiabá. The techniques “participant observation” and “semi-structured interview” were used. For the study contextualization we checked documents / registration and a direct observation in the participant unit. In the data analysis we used the theme content technique. The boarding of the ESF health needs analyzed was characterized by a process of choosing, enabled by several need containers, followed by several tensionings and conflicts, and by strategies of place affirmation and/or the apprehension enlargement of the need, adopted by users and workers. The importance of the subjects participation on the reaffirmation, confronting and /or flexibilization of the residence, conforming the possibilities of the health needs boarding in a deep way. The enlargement of the apprehension and answer to the health needs, coherent to an assistencial care perspective, requires the deconstructions of an assistencial model focused on the medical practice and the strengthening of the subjects transforming power and the potentialities present in assistencial relational congress.

KEY WORDS: Family Health Program; Health Service Needs and Demands; Work.

SILVA, A. M. N. Enfoque a la necesidades de salud en el encuentro asistencial en la Estrategia Salud de la Familia en Cuiabá-MT. Dissertacion: (Máster en el oficio de enfermería). Curso Del título de Másteres en la enfermería. Universidad Federal de Mato Grosso. Faculdade de Enfermeria. Cuiabá, 137 p.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Edir Nei Teixeira Mandú.

RESUMEN

Teniendo en vista la reorganización de las prácticas de salud en Brasil, en el contexto de implementación del Sistema Único de Salud (SUS), se constituye, a partir de la segunda mitad de la década de 1990, la política denominada Estrategia Salud de la Familia (ESF), aplicando en nuevos términos la asistencia básica, la atención a la familia y a sus necesidades de salud. En esta estrategia los trabajadores deben participar de una forma global y amplia de acuerdo a las necesidades de salud de la población, utilizándose para tal, tecnologías diversas que favorezcan como producto final de la acción su satisfacción. Fijándose en ese punto, este estudio tomó como objeto el modo cómo ocurre, en el encuentro asistencial de ESF, la aproximación, aprensión, rechazo o respuesta a necesidades de salud de usuarios en el proceso de trabajo de ESF en Cuiabá, Mato Grosso. Se realizó un estudio cualitativo, basado en una visión socio histórico del proceso de trabajo, considerando la participación de personas trabajadoras y usuarios en su configuración. La colecta de datos fue realizada en una unidad de ESF en la Región Norte de Cuiabá. Fueron utilizadas las técnicas observación participante y entrevista semi-estructurada. Para contextualización del estudio fueron consultados documentos/registros y observación directa de la unidad participante. En el análisis de los datos fue empleada la técnica de análisis de contenido temática. El abordaje de las necesidades de salud en ESF analizada, es caracterizado por un proceso de embudo o selección de éstas, favorable a diferentes aplicaciones de necesidades, adoptadas por usuarios y/o trabajadores. Se identificó la importancia de la participación de las personas en la reafirmación, confinación y/o flexibilización de lo establecido, de acuerdo a las posibilidades de un abordaje más o menos ampliado de las necesidades de la salud. La ampliación del rechazo y respuesta a necesidades de salud, coherente con una perspectiva asistencial de cuidados, requiere la desconstrucción del modelo asistencial focalizado en la práctica médica y el fortalecimiento del poder transformador de los individuos y de las potencialidades presentes en el encuentro de relación asistencial.

PALABRA CLAVE: Programa Salud de la Familia; Necesidades y Demandas de Servicios de Salud; Trabajo.

LISTA DE ABREVIATURA

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CEP	Comitê de ética em Pesquisa
CERMAC	Centro Estadual de Referência de Média e Alta Complexidade
CIAPS	Centro Integrado de Atenção Psicossocial
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CRAS	Centro de Referência à Assistência Social
ESF	Estratégia Saúde da Família
HPSMC	Hospital Pronto Socorro Municipal de Cuiabá
HUJM	Hospital Universitário Julio Müller
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
SAE	Serviço Ambulatorial Especializado
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMT	Universidade Federal de Mato Grosso
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

INTRODUÇÃO.....	16
CAPÍTULO 1.....	22
1 REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
CAPÍTULO 2.....	33
2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	34
2.1 TIPO DE ESTUDO.....	34
2.2 UNIDADE DE ESTUDO.....	34
2.3 SUJEITOS DA PESQUISA.....	34
2.4 COLETA DE DADOS.....	37
2.4.1 Observação participante.....	37
2.4.2 Entrevista.....	39
2.4.3 Entrada em campo para coleta de dados.....	40
2.5 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	41
2.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	43
CAPÍTULO 3.....	44
3 CENÁRIO DE ESTUDO.....	45
3.1 A REDE SUS E A ATENÇÃO BÁSICA EM CUIABÁ-MT.....	45
3.1.1 Rede SUS- Cuiabá.....	45
3.1.2 Estrutura da rede de serviços de saúde.....	46
3.1.3 A atenção básica em Cuiabá.....	47
3.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA FLOR DE CACTUS.....	48
3.2.1 Caracterização territorial da unidade.....	48
3.2.2 Infraestrutura da unidade.....	51
3.2.3 Descrição do acesso, ações e rotinas da Estratégia Saúde da Família Flor de Cactus.....	51

CAPÍTULO 4.....	56
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	57
4.1 CONTENSORES DA BUSCA DO SERVIÇO E DA EXPRESSÃO DE NECESSIDADES DE SAÚDE POR USUÁRIOS: IMPLICAÇÕES DA OFERTA E QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	57
4.2 CONTENSORES, PROPICIADORES E TENSIONAMENTO NA ABORDAGEM ASSISTENCIAL DE NECESSIDADES, ORDENADOS PELA LÓGICA MÉDICO-CENTRADA: REGRAS, ESTRUTURA DA REDE DE SAÚDE, CONDIÇÕES LOCAIS, ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E MODOS DE SE COLOCAR DOS SUJEITOS.....	64
4.3 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DAS CONTENSÕES: EXPRESSÃO E ABORDAGEM OPORTUNAS DE NECESSIDADES, ATENÇÃO A NECESSIDADES NÃO EXPRESSAS, INTERMEDIÇÃO COM OUTROS TRABALHADORES, SETORES E A COMUNIDADE NA RESOLUÇÃO DE NECESSIDADES E FACILITAÇÕES DECORRENTES DO VÍNCULO E MAIOR PROXIMIDADE ESTABELECIDOS ENTRE TRABALHADORES E CERTOS USUÁRIOS.....	88
4.4 INOVAÇÕES NA ABORDAGEM DE NECESSIDADES NA ESF: INTERMEDIÇÃO DOS ACS.....	98
4.5 RESPOSTA A NECESSIDADES DE SAÚDE: CONTRADIÇÕES ENTRE O OLHAR DE USUÁRIOS E O DE TRABALHADORES.....	103
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	113
REFERÊNCIAS.....	121
APÊNDICES.....	128
ANEXO.....	137

APRESENTAÇÃO

“De cada um, de acordo com suas habilidades, a cada um, de acordo com suas necessidades”
Karl Marx

APRESENTAÇÃO

A escolha de um objeto de investigação pelo pesquisador não é neutra. Assim, a opção aqui adotada relaciona-se às vivências, concepções e a interesses mobilizados, sobretudo ao longo da minha trajetória acadêmica.

Na graduação em enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) estive vinculada ao programa de iniciação científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico por três anos consecutivos, de agosto de 2004 a julho de 2007. Nesse período, integrei o Grupo de Pesquisa Argos, fazendo parte da linha de pesquisa “Trabalho, Cuidados e Subjetividades em Saúde e Enfermagem”.

Por dois anos vinculei-me à pesquisa “A visita domiciliar das Equipes de Saúde da Família: diferentes olhares”, que analisou a prática da visita domiciliar a partir do olhar de usuários e trabalhadores, e durante um ano à pesquisa “Ferramentas de monitoramento e avaliação da Estratégia Saúde da Família em municípios de Mato Grosso”, que tratou analiticamente da qualidade e avaliação dessa estratégia.

Na primeira pesquisa, entre 2004 e 2005, desenvolvi o estudo teórico “Visita domiciliar no Programa de Saúde da Família: um olhar sobre as necessidades de saúde sob a ótica de famílias” e, no período 2005- 2006, realizei a pesquisa de campo “Visita Domiciliar no Programa Saúde da Família: o olhar de famílias sobre necessidades de saúde”.

Na segunda pesquisa, no período 2006-2007, desenvolvi um estudo voltado à contextualização do processo de implantação da Estratégia Saúde da Família no Estado de Mato Grosso a partir da perspectiva de atores da gestão estadual.

No ano de 2008, vinculei-me ao Programa de Mestrado da Faculdade de Enfermagem da UFMT, integrando o projeto de pesquisa “Atuação da enfermagem frente às necessidades emergentes na Estratégia Saúde da Família no município de Cuiabá-MT”, ao qual este estudo encontra-se articulado.

O tema das necessidades de saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), aqui estudado, atrela-se, portanto, à trajetória de investimentos do grupo Argos e à minha própria trajetória em pesquisa, somadas a perspectivas pessoais e à identificação com uma leitura social e histórica da prática assumida nos estudos.

As experiências nesses estudos mencionados possibilitaram a identificação, dentre outros aspectos, de certo desacordo entre necessidades de saúde vividas e expressas por usuários e ações ofertadas pela ESF.

Identificou-se a necessidade de aprofundar a compreensão da interface entre necessidades de saúde de usuários e o processo de trabalho local. Verificou-se que essa interface ainda era pouco explorada e que mereceria novos investimentos para sua compreensão.

Inicialmente, projetou-se uma abordagem do tema ligada ao trabalho do enfermeiro, minha área de formação e atuação, que considerava também os investimentos do Grupo Argos em estudos da prática de enfermagem. Porém, no processo de desenho da pesquisa firmou-se a necessidade de olhar para o modo de apreensão e resposta às necessidades de saúde de usuários na interrelação com o trabalho coletivo da equipe da ESF.

A despeito de a abordagem de necessidades de saúde na ESF ocorrer em processos locais diversos, de natureza gerencial e assistencial, a necessidade de delimitar o estudo no tempo requerido para o mestrado resultou também em um recorte da pesquisa no trabalho mobilizado no encontro assistencial no interior da unidade de saúde e nas visitas domiciliares.

Na introdução, apresenta-se o objeto e os objetivos do estudo de forma problematizada e fundamentada.

No capítulo 1, discute-se o corpo teórico que sustenta o recorte da pesquisa e a compreensão dos dados empíricos com base nas categorias marxianas processo de trabalho e necessidades em saúde somadas à valorização dos sujeitos e do cuidado na prática em saúde.

No capítulo 2, detalham-se os procedimentos metodológicos: o tipo de estudo, a unidade de estudo, os sujeitos da pesquisa, os procedimentos de coleta de dados, a entrada no campo para coleta de dados, os procedimentos de análise e interpretação dos dados e os aspectos éticos da pesquisa, de forma a revelar o caminho adotado para o alcance dos objetivos do estudo.

No capítulo 3, apresenta-se uma contextualização do estudo, enfocando a estruturação da rede SUS e da atenção básica em Cuiabá, destacando-se a Unidade Saúde da Família Flor de Cactus, buscando fornecer informações importantes à compreensão dos achados específicos da pesquisa.

No capítulo 4, os resultados são apresentados em cinco importantes categorias, que tratam: 1) dos contensores da busca do serviço e da expressão de necessidades de saúde

por usuário, destacando-se implicações da oferta e qualidade dos serviços de saúde; 2) dos contensores, propiciadores e tensionamentos na abordagem assistencial de necessidades: evidenciando-se as regras, estrutura da rede de saúde, condições locais, organização do trabalho e modos de se colocar dos sujeitos; 3) das estratégias de enfrentamento das contensões: expressão e abordagem oportunas de necessidades, atenção a necessidades não expressas, intermediação com outros trabalhadores, setores e comunidade na resolução de necessidades e facilidades decorrentes do vínculo e maior proximidade estabelecidos entre trabalhadores e certos usuários; 4) das inovações na abordagem de necessidades na ESF: através da intermediação dos ACS e 5) das respostas as necessidades de saúde: contradições entre o olhar de usuários e trabalhadores.

Por fim, realizam-se as considerações finais destacando elementos conclusivos e reflexivos do estudo.

INTRODUÇÃO

*“Conhecer não é demonstrar nem explicar, é aceder à visão”
Antoine de Saint-Exupéry*

INTRODUÇÃO

a) Apresentação do objeto de estudo

O tema desta investigação é o processo de trabalho desenvolvido na Estratégia Saúde da Família (ESF) em sua relação com a abordagem de necessidades de saúde de usuários¹.

Ele foi estudado tratando do modo como os trabalhadores da ESF aproximam-se, apreendem, recusam ou respondem a necessidades de saúde de usuários no encontro assistencial. Nesse encontro, os usuários também foram considerados, em suas expressões e interesses, levando em conta a dimensão interativa presente na abordagem de necessidades de saúde por ambos.

Com base nos conceitos de Marx (1988) e Mendes Gonçalves (1992), por processo de trabalho da equipe na ESF entende-se a prática coletiva transformadora (trabalho em si) e intencional de seus trabalhadores (que é de natureza social e histórica) realizada no âmbito da ESF. Essa prática volta-se ao usuário territorializado e suas necessidades de saúde, apreendidas de várias formas pelas distintas profissões/trabalhos, mediante ações, relações, conhecimentos, valores e instrumentos materiais (meios ou tecnologias), de caráter assistencial e gerencial, resultando em cuidado consumido no ato do trabalho.

Esse processo é guiado por finalidades sociais do trabalho (MENDES GONÇALVES, 1992). O trabalho se inter-relaciona a movimentos de produção, consumo e circulação/distribuição de produtos em contextos concretos, produzindo resultados segundo necessidades que incluem a reprodução das relações sociais que predominam e de seus componentes culturais (MARX, 1988) bem como a sua transformação.

Essas finalidades são afirmadas, ampliadas, restringidas ou contrapostas na prática, sendo os usuários e os trabalhadores portadores de certos interesses, experiências, ideias, valores, autonomias que configuram as condições intersubjetivas de trabalho. Conforme Leopardi, (1995) e Tittoni (1994), vontades, possibilidades e perspectivas éticas integram tais finalidades e o próprio trabalho e dão direcionalidade a este.

¹ Usuário é entendido nesta pesquisa como um sujeito individual e coletivo que busca e usa o serviço de saúde ou dele faz parte potencialmente.

Entende-se, ainda, que no processo de trabalho da ESF a face técnica ou tecnológica do processo de transformação (tal como mencionada) é permeada por interação, compondo uma dimensão relacional, comunicativa e ética que se articula à primeira (PEDUZZI, 2007).

A partir de Fromm (1967) e Heller e Fuhér (1998), por necessidades de saúde dos usuários entende-se o conjunto de carecimentos, que abrangem aspectos físicos, psíquicos, socioculturais e ambientais relativos aos potenciais humanos (vitalidade, energia, capacidade de criar, liberdade, independência), à manutenção da vida e à inserção de sujeitos em contextos concretos com suas produções, coerções e estímulos. São necessidades que se satisfeitas garantem ou produzem saúde, segundo parâmetros sociais e subjetivos acerca do que a compõem.

Todo trabalho em saúde orienta-se por e para as necessidades de saúde e requerem atenção quanto ao seu modo de apresentação no cotidiano, à maneira como são recortadas e apreendidas ou recusadas e à forma como a elas se responde, uma vez que, de acordo com interesses sociais e expressões subjetivas, muitas delas são ocultadas ou negadas, outras são criadas e estimuladas, e, ainda, outras são tratadas sem se levar em conta as condições que as geram, produzindo-se mais ou menos saúde (MANDÚ; ALMEIDA, 1999).

No presente, a abordagem de necessidades de saúde no trabalho assistencial situa-se no contexto do modelo assistencial² biomédico vigente, ao qual contrapõem novos projetos modelares, a exemplo da Saúde da Família, proposta como estratégia de transformação da prática na atenção básica em saúde com repercussões em todo o modelo assistencial do setor.

Com a ESF, objetiva-se uma atenção contextualizada e voltada aos indivíduos, às famílias e coletividades, a partir do recorte e atendimento amplo de suas necessidades de saúde (BRASIL, 2006).

A apreensão ou recusa dessas necessidades de saúde na atenção básica/ESF, bem como respostas a elas, transita por diferentes processos e espaços do setor saúde, os quais englobam aspectos ligados à organização da estrutura, da gestão, assistência, formação e desenvolvimento dos trabalhadores, pesquisa e participação política, pertinentes a espaços internos à ESF e a outros que a ela se articulam, envolvendo diferentes momentos, sujeitos, processos e ações. Ou seja, a abordagem de necessidades de saúde no setor, e especificamente no contexto da ESF, é uma tarefa bastante complexa.

² O modelo assistencial em saúde corresponde à construção concreta de recursos (financeiros, materiais e força de trabalho), tecnologias e modalidades de atenção, que se articulam de maneira a constituir uma dada estrutura produtiva e certo discurso e prática, vinculados a projetos e políticas que assegurem a reprodução social (CAMPOS, 1992). Franco e Merhy (2003) destacam que a configuração dos modelos assistenciais também é definida pela organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área.

Compreende-se que a prática dos profissionais da equipe da ESF no processo de abordagem de necessidades de saúde é apenas parte dessa tarefa complexa e abrangente e a esta se articula.

O trabalho em saúde é caracterizado por uma divisão técnica e social. Enquanto a divisão social reproduz as relações sociais e inserções desiguais dos sujeitos no trabalho, a divisão técnica refere-se à fragmentação produtiva em numerosas operações limitadas (PIRES, 2006). Conforme Peduzzi (2001), a divisão técnica do trabalho em saúde introduz o fracionamento do processo de trabalho e, também, aspectos de complementaridade e interdependência entre os trabalhos especializados. Assim, o trabalho da equipe na ESF, com suas especificidades, aspectos comuns e articulações, apresenta características do trabalho coletivo em saúde bem como nele influi.

Numa perspectiva dialética, os agentes do trabalho em saúde podem tanto reafirmar necessidades de saúde e o modo como os serviços se organizam para atendê-las, como podem buscar criar espaços de mudanças, nos quais considerem novas necessidades e correspondentes modos de trabalhar e organizar os serviços de saúde para responder a elas (CECÍLIO, 2001; MENDES GONÇALVES, 1992; MERHY, 1997; PEDUZZI, 2007).

Com vistas à construção de um novo modelo assistencial para a atenção básica, os trabalhadores da ESF devem levar em conta a relação entre saúde, necessidades e qualidade de vida (de moradia, trabalho, lazer, educação, proteção social, entre várias outras) e entre saúde e participação social e política; a superação de desigualdades e discriminações sociais; o autodesenvolvimento humano; e as condições orgânicas e psíquicas (MANDÚ; ALMEIDA, 1999).

O processo de trabalho na Saúde da Família vem ganhando destaque nas produções científicas, por relevância na reorganização do modelo assistencial em saúde (FRANCO; MERHY, 2003).

Estudos da prática concreta na ESF, em diferentes localidades do Brasil, permitem identificar que esta possui as marcas do modelo biomédico (CEZAR VAZ et al., 2003; GARIGLIO; RADICCHI, 2008; REIS et al., 2007), no qual as necessidades de saúde são tomadas de modo estreito e definidas mediante certa generalização, concebendo-se os diferentes sujeitos e grupos de forma mais ou menos homogênea (CAMPOS; BATAIERO, 2007; CAMPOS; MISHIMA, 2005; MANDÚ; ALMEIDA, 1999). Já os meios utilizados em sua apreensão e superação baseiam-se, principalmente, na clínica ou no saber-fazer anátomo-

fisiológico que limitam uma abordagem ampla (FRANCO; MERHY, 2003, ROCHA; ALMEIDA, 2000, ERMEL; FRACOLLI, 2006).

No modelo predominante, ainda que de forma contraditória (porque as práticas em saúde abrigam diferentes interesses), certas necessidades de saúde são consideradas e outras são recusadas no recorte de objetos de trabalho, sendo privilegiadas, sobretudo aquelas relacionadas a condições orgânicas do usuário. Por sua vez, os meios utilizados viabilizam esse recorte limitado (MANDÚ; ALMEIDA, 1999).

Em contrapartida, novos elementos têm sido incorporados à prática da ESF, representativas de inovações inseridas no modelo clínico, pautadas no acolhimento, no vínculo/responsabilização, no trabalho em equipe, na atenção à família, dentre outras (COLOMÉ, 2005; GOMES; PINHEIRO, 2005; OLIVEIRA; MARCON, 2007; VALENTIM; KRUEL, 2007; SCHIMITH; LIMA, 2004) Essas inovações vêm deflagrando, em alguma medida, possibilidades de aproximação da equipe da ESF com necessidades mais abrangentes dos usuários (TAKEMOTO; SILVA, 2007; MANDÚ, 2004; PEREIRA; MISHIMA, 2003; FERRI et al., 2007).

Ainda são poucos os estudos que tratam do tema das necessidades de saúde, de forma relacionada com o trabalho (CAMPOS, 2004; CECÍLIO, 2001; MATSUMOTO, 1999; STOTZ, 1991), e, em especial na ESF (MORAIS, 2008; NERY, 2006; POLDI, 2008).

Alguns estudiosos têm relacionado às necessidades de saúde a utilização dos serviços, à acessibilidade e ao acesso na ESF. Elencam as dificuldades em torno do ingresso do usuário; da organização do processo de trabalho, definidora das maiores ou menores possibilidades de acolhimento; e das alternativas lançadas pelos usuários com vistas à satisfação das necessidades de saúde (POLDI, 2008; NERY, 2006; SAITO; LACERDA; FRACOLLI, 2006; SOUZA et al., 2008; LIMA et al., 2007; RAMOS; LIMA, 2003).

Apesar das contribuições desses estudos, o modo como necessidades de saúde são incorporadas no trabalho na ESF permanece como um tema/objeto relevante, especialmente considerando a efetivação do trabalho em contextos específicos.

Esta pesquisa tem por cenário específico de estudo a ESF em Cuiabá. Nesse cenário, são iniciais as pesquisas que tomam como tema/objeto de estudo a prática realizada e sua organização (SOUZA, 2009).

Diante do exposto, este estudo interroga: como, na ESF de Cuiabá, ocorre a abordagem de necessidades de saúde no encontro assistencial entre trabalhadores e usuários?

Busca-se reconhecer permanências e possíveis rupturas no que diz respeito ao modo de lidar com necessidades de saúde no setor, ordenado pelo modelo biomédico, considerando o sentido sócio-histórico e intersubjetivo do trabalho e a perspectiva de um cuidado ampliado em saúde.

b) Objetivos

b.1) Objetivo Geral

- Analisar o modo como necessidades de saúde de usuários são abordadas no processo de trabalho da ESF de Cuiabá.

b.2) Objetivos específicos

- Identificar como trabalhadores e usuários colocam-se frente a necessidades de saúde dos últimos no âmbito da ESF.
- Analisar aspectos de organização da prática e aspectos intersubjetivos manifestos no encontro assistencial que concorrem ou não para a aproximação e apreensão de necessidades de saúde e para recusas ou respostas a elas.

CAPÍTULO 1- REFERENCIAL TEÓRICO

*“Todos vivemos sob o mesmo céu, mas ninguém tem o mesmo horizonte”
Konrad Adenauer*

1 REFERENCIAL TEÓRICO

Para pensar sobre o processo de trabalho desenvolvido no âmbito da ESF, destacando a abordagem das necessidades de saúde dos usuários, é possível tratá-lo a partir de diferentes visões teórico-metodológicas. Aqui se adota uma visão social e histórica do trabalho, considerando a participação dos sujeitos em sua configuração.

O estudo apóia-se na categoria analítica processo de trabalho, discutida por Mendes Gonçalves (1992) a partir de Marx, e fundamenta-se na concepção de cuidado de Ayres (2000, 2001, 2004a, 2004b). Este estudo considera, portanto, a dimensão tecnológica e interativa do processo de trabalho, tal como as discute Peduzzi (2007).

Os estudos do trabalho em saúde, baseados em Marx, foram iniciados no Brasil com Cecília Donnangelo e Sérgio Arouca, nos anos 1970, e incluíram contribuições importantes de Mendes Gonçalves nos anos subsequentes (1979, 1992, 1994).

Mendes Gonçalves (1979, 1992, 1994) trouxe importantes contribuições para o campo da saúde com a formulação do conceito de processo de trabalho em saúde, destacando seus elementos constituintes – objeto, instrumentos, finalidade e agentes do trabalho – e auxiliando no entendimento da dinâmica nuclear do processo de trabalho em saúde.

Mendes Gonçalves (1979, 1992, 1994), apoiando-se em Marx (1988), diz que o trabalho humano consiste originalmente num processo de mediação entre o homem e a natureza. Como ser integrante da natureza, o homem precisa relacionar-se com esta para prover condições de se perpetuar. Ao atuar sobre a natureza, através de uma prática produtiva e orientada por uma dada racionalidade – o trabalho – o ser humano promove transformações nela e em si mesmo a fim de atender suas diferentes necessidades. O trabalho possui sempre uma intencionalidade e é propriamente humano pelo fato de ser primeiramente idealizado na imaginação do trabalhador.

Segundo Mendes Gonçalves (1992) no processo de trabalho em saúde, os seus elementos constituintes sempre se organizarão numa relação de reciprocidade, não podendo, desse modo, ser considerados desvinculados.

Para Marx (1988, p. 202), o objeto de trabalho é: “[...] a matéria a que se aplica o trabalho”. O objeto de trabalho, enquanto parte da natureza, não é propriamente um objeto e só vem a sê-lo apenas quando um sujeito o delimita e desprende do todo (natureza), do qual é parte, recortado por um olhar que concebe intelectualmente um produto, em função de dadas

necessidades sociais (MENDES GONÇALVES, 1992). No setor saúde, são objetos de trabalho certas necessidades de saúde, recortadas, portanto, social e intelectualmente, e sobre as quais incidem diferentes olhares, recortes e ações por parte dos vários trabalhadores que compõem o trabalho coletivo em saúde.

Os instrumentos ou meios de trabalho, para Marx (1988, p. 203), correspondem: “[...] a uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto”. Ademais, diz o estudioso, constituem-se enquanto tal quando os sujeitos, dotados de certo projeto social e elegendo dadas necessidades de saúde, individuais ou coletivas, utilizam-nos com determinada intenção; e também quando, ao se utilizarem desses instrumentos ou meios de trabalho, se valem de suas qualidades (MENDES GONÇALVES, 1992).

Consideram-se também instrumentos ou meios de trabalho todas as condições materiais necessárias à realização do processo de trabalho, ainda que estas não participem diretamente desse processo. Eles servem para medir o desenvolvimento da força humana e indicar as condições sociais em que se realiza o trabalho, pois: “[...] o que distingue as diferentes épocas econômicas não é o que se faz, mas como, com que meios de trabalho se faz” (MARX, 1988, p. 204).

Sobre o conceito de organização tecnológica do trabalho em saúde, Mendes Gonçalves (1994) refere que as tecnologias são configuradas como tal no interior do processo de trabalho estabelecendo articulação entre a atividade operante (o trabalho em si) e os objetos de trabalho, segundo dadas finalidades sociais, no contexto de uma totalidade social e histórica. Isso significa reconhecer que as tecnologias usadas pelos trabalhadores em saúde, assim como os demais elementos do processo de trabalho, têm sempre uma natureza social e histórica. As tecnologias materiais são os instrumentos e as tecnologias não materiais são os conhecimentos técnicos das práticas de saúde; assim, os saberes são tecnologias.

Nessa direção, o saber operante/saber tecnológico no trabalho orienta a aplicação da ciência, segundo a racionalidade do trabalho. Sua consideração requer conhecer internamente como se realiza cada ação do trabalho e o projeto do conjunto de ações realizadas, de forma articulada ao todo do trabalho e à complexidade da dimensão intencional da ação e do contexto.

Schraiber et al. (1999) destacam que o saber em saúde, além de um saber técnico, também se caracteriza por um saber prático, diverso da teoria e técnica científica moderna,

relativo ao saber tecnológico que se testa e enriquece no próprio trabalho. O saber prático pode inclusive corrigir o conhecimento científico, mostrando outros caminhos de ação.

Na prática em saúde, assim, os meios de trabalho ou tecnologias, como denomina Mendes Gonçalves (1992), abrangem desde os ambientes, os equipamentos da área e os conhecimentos técnico-científicos, até as práticas e às interações orientadas para o cuidado (MENDES GONÇALVES, 1992; MERHY, 1997, 1998, 2000; SCHRAIBER et al., 1999).

É a finalidade social e histórica do trabalho que orienta a apreensão de um dado objeto de trabalho e o uso de determinados instrumentos ou tecnologias, gerando ao final do trabalho um dado produto, para responder a certas necessidades de saúde (MARX, 1988; MENDES GONÇALVES, 1992). De igual modo, essas finalidades orientam a forma como o trabalhador coloca-se e interage no trabalho. Essas finalidades sociais, contudo, são tensionadas pelo posicionamento ético-político dos trabalhadores e usuários, em espaços organizados de participação e em espaços cotidianos de trabalho, na dependência de como estes se colocam socialmente frente ao estabelecido.

No setor saúde, essas finalidades do trabalho aproximam-se mais ou menos da resposta a direitos sociais, de necessidades abrangentes de saúde e da geração da saúde, de uma perspectiva da sua promoção, da prevenção e cura/redução das doenças e sofrimentos e da reabilitação das incapacidades e danos.

Leopardi (1995) assegura que as necessidades espelham de imediato o fim a que se destina o trabalho, constituindo-se imediatamente na finalidade de uma ação. Em outras palavras necessidades satisfeitas são a própria finalidade de um trabalho.

Leopardi (1995) evidencia a necessidade de ultrapassar a barreira epistemológica que consagra como sendo de todos os indivíduos as necessidades sociais (genéricas), devendo-se, portanto, integrar o plano institucional e o plano de trabalho na assistência do indivíduo. Ou seja, integrar as finalidades formais e subjetivas do trabalho.

De acordo com a autora, a finalidade formal é aquela que aparece prescrita de algum modo e é traduzida pelos técnicos através do discurso científico, legal ou moral. Enquanto a finalidade subjetiva é a identificada em cada indivíduo em sua particularidade. Considera que as necessidades de saúde residem primeiramente e concretamente nos indivíduos, mas nem sempre estes conseguem expressá-las de maneira explícita, cabendo ao profissional ajudar nesta “tradução”, utilizando-se para isso das diversas tecnologias disponíveis e de novas tecnologias. Perpassando essas duas finalidades encontra-se também a informal, ou seja,

também se planeja o trabalho com tendo um objetivo supostamente relativo aos indivíduos, mas nem sempre este se caracteriza como *práxis* ética.

As necessidades de saúde, ao tempo que se constituem em objetos da prática em saúde, conferem ao movimento do processo de trabalho em saúde certa finalidade, pois é para respondê-las que o trabalho em saúde configura-se em uma dada direção. Há uma consubstancialidade e uma circularidade entre necessidades e o processo de trabalho em saúde instaurado para satisfazê-las (MENDES GONÇALVES, 1992).

Necessidades de saúde, vividas e recortadas no trabalho em saúde, não são “naturais” e nem “fixas”, mas sociais e históricas, se transformam e são substituídas em um processo histórico e social (MENDES GONÇALVES, 1992).

Nessa perspectiva, as necessidades de saúde não são naturais, dadas por si mesmas, nem iguais, pois desiguais são a distribuição e o consumo dos produtos dos processos de trabalho em saúde (MENDES GONÇALVES, 1992).

Matsumoto (1999) afirma, adotando de forma sintética as conclusões teóricas de Stotz (1991)³, que as necessidades de saúde: a) são sempre históricas, cambiantes e dinâmicas; b) possuem natureza subjetiva e individual e são postuladas por um sujeito; c) não são um conceito atribuído ao indivíduo isolado e livre, abstraído de suas relações sociais.

Há uma problemática em torno da falsa pretensão de bem comum, que ignora as efetivas desigualdades das necessidades sociais. Neste contexto, a voz excluída na definição de necessidades quase sempre pertence aos sujeitos considerados como tecnicamente inaptos para falarem. Em razão disso, procede-se à uma reprodução da via social onde são mantidas as formulações existentes e o produto desse processo gera uma naturalização das necessidades de saúde, que aparecerão sempre sem história ou sem razão social (SCHRAIBER; MENDES GONÇALVES, 2000).

O termo necessidades “sociais” deve ser entendido como carecimentos criados e recriados na vida em sociedade ou, de outro modo, como necessidades que, em determinado tempo e espaço, não dizem respeito a esta ou àquela pessoa, mas a muitas delas, e, potencialmente, a todas elas (SCHRAIBER; MENDES GONÇALVES, 2000).

Quanto ao agente do trabalho na saúde, este só pode ser analisado em sua relação com os demais componentes do processo (MENDES GONÇALVES, 1992), mas destaca-se à

³ Tese de doutorado, concluída em 1991, intitulada “Necessidades de Saúde: mediações de um conceito (Contribuições das Ciências Sociais para fundamentação teórica-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde)”.

medida que a dinâmica intrínseca ao processo de trabalho e à produção do cuidado somente se torna possível pela ação do trabalhador (PEDUZZI, 2007).

As práticas profissionais são influenciadas pela hegemonia da profissão médica e por seu saber operante/tecnológico. Dentro do modelo clínico de atenção à saúde, orientado à obtenção da cura individual e centralizado no corpo anátomo-fisiológico, verifica-se que a consulta médica é um instrumento nuclear do trabalho em saúde, sendo o trabalho de enfermagem bem como o de outros agentes do trabalho coletivo em saúde apresentados como complementares da própria consulta médica (ALMEIDA et al., 1997; LIMA; ALMEIDA, 1999). Assim, os sujeitos trabalhadores e os usuários têm a sua participação na prática em saúde conformada por essa lógica.

Contudo, na configuração das práticas profissionais Merhy (2000, p.111) valoriza a participação dos sujeitos e destaca a dimensão da micropolítica, considerando que os processos produtivos ou os diferentes trabalhos são realizados por sujeitos que se encontram entre si e com os usuários e mobilizam diferentes interesses e potencialidades nem sempre resumidas à lógica predominante em saúde. Essencialmente, o trabalho vivo em ato na saúde é:

Aberto à disputa de capturas por várias lógicas sociais, que procuram tornar a produção das ações em saúde de acordo com certos interesses e interditar outros. Não se perde nunca sua tensão de espaço de disputa e, mais que isso, não perde nunca a demonstração de que as forças, mesmo interdidadas, estão operando em ato com sua presença, sempre.

Assim, a necessidade de saúde trazida pelo usuário será ou não objeto de ação do serviço, sofrendo sempre certa intervenção tecno-assistencial a partir de critérios definidos pelos serviços de saúde e orientados pela lógica predominante (MERHY, 1997). Contudo, quando os serviços processam seu trabalho vivo em ato dentro de uma lógica “acolhedora” e assistencial abre-se a possibilidade de escuta dos problemas, troca de informações, reconhecimento mútuo de direitos e deveres, possibilitando intervenções mais pertinentes e/ou eficazes em torno das necessidades de saúde do usuário e da população territorializada (MERHY, 1997).

Ao contrário, ao centralizar-se exclusivamente nos saberes disciplinares e ordens profissionais produz-se um empobrecimento da ação através de uma relação focalizada na competência da ação médica e com redução do ato de saúde à produção de procedimentos (MERHY, 2000).

Para o autor, uma transição tecnológica é possível, pela ação de sujeitos, voltada a mudanças no modo de produzir saúde, alterando a correlação das tecnologias existentes no núcleo tecnológico do cuidado (MERHY, 2000). A realização do trabalho deve-se concretizar a partir da intervenção centrada nos procedimentos (dimensão profissional centrada), mas também a partir de formas cuidadoras (dimensão propriamente cuidadora), no estabelecimento de vínculo e responsabilização e assentadas no acolhimento (MERHY, 2000), para o que a participação articulada dos sujeitos é fundamental.

Sobre o vínculo Franco e Merhy (2003, p.84) assim se expressam: “O vínculo baseia-se no estabelecimento de referências dos usuários a uma dada equipe de trabalhadores, e a responsabilização destes com aqueles, no que diz respeito à produção de cuidados”.

Takemoto e Silva (2007, p.332), apoiando-se Teixeira (2003a), consideram o acolhimento como: “Conteúdo de toda atividade assistencial, que consiste na busca constante de um reconhecimento cada vez maior das necessidades de saúde dos usuários e das formas possíveis de satisfazê-las, resultando em encaminhamentos, deslocamentos e trânsitos pela rede assistencial”.

Franco, Bueno e Merhy (1999) apresentam outra possibilidade de interpretação acerca do que seja o acolhimento: a de argüir o processo de produção da relação usuário-serviço, no momento das ações receptoras dos usuários em um serviço de saúde.

O acolhimento nesta perspectiva é entendido primeiramente como a possibilidade de universalizar o acesso e ainda como a escuta qualificada do usuário e compromisso com a resolução dos problemas de saúde, visando dar-lhe respostas positivas e encaminhamentos seguros sempre que for necessário (FRANCO; MERHY, 2003).

Na lógica de inversão da organização e funcionamento do serviço de saúde vigente, o acolhimento propõe como princípios norteadores: 1) atender a todos os usuários que procuram os serviços de saúde, 2) reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, e 3) qualificar a relação entre trabalhador e usuário (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

A equipe da ESF deve contribuir com uma real desburocratização da acessibilidade/acesso aos serviços de saúde (FRANCO; MERHY, 2003), de modo a garantir possibilidades ampliadas de expressão, apreensão e respostas das necessidades de saúde dos sujeitos.

Para Donabedian (1973 apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004), acessibilidade é mais abrangente do que a mera disponibilidade de recursos em um determinado momento e

lugar. Ele define acessibilidade como um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população.

O autor distingue duas dimensões da acessibilidade: a sócio-organizacional e a geográfica, que se inter-relacionam. A primeira inclui todas as características da oferta de serviços, que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas utilizá-los; a segunda diz respeito ao espaço relativo à distância linear, ao tempo de locomoção, ao custo da viagem, entre outros.

Para Travassos e Martins (2004), Donabedian delimita o escopo do seu conceito de acessibilidade ao excluir as etapas de percepção de problemas/necessidades de saúde e o processo de tomada de decisão na procura de serviços pelos indivíduos. Mas avança na abrangência do conceito de acesso para além da entrada nos serviços.

Já Andersen (1995 apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004), prioriza o termo acesso, cuja influência no uso de serviços de saúde, segundo ele, é caracterizada por fatores individuais, definidos como: fatores predisponentes, ou seja, que existem previamente ao surgimento do problema de saúde e que afetam a predisposição das pessoas para usar serviços de saúde; fatores capacitantes, que se constituem nos meios disponíveis às pessoas para obterem cuidados de saúde; e necessidades de saúde como condições de saúde percebidas pelas pessoas ou diagnosticadas por profissionais de saúde.

O mesmo autor aponta dois elementos no conceito de acesso: “acesso potencial” e “acesso realizado”: aquele se caracteriza pela incorporação dos fatores individuais que limitam ou ampliam a capacidade de uso dos serviços de saúde e este último representa a utilização de fato desses serviços. Introduce, ainda os conceitos de “acesso efetivo”, que resulta do uso de serviços que melhora as condições de saúde ou a satisfação das pessoas com o atendimento recebido, e de “acesso eficiente”, que se refere ao grau de mudança na saúde ou na satisfação em relação ao volume de serviços de saúde consumidos.

Travassos e Martins (2004), observando a tendência de ampliação de um conceito baseado em resultados, argumentam sobre a importância de se manterem as distinções entre acesso e uso dos serviços de saúde, acesso e continuidade do cuidado e acesso e efetividade dos cuidados prestados.

Uma prática cuidadora, que viabilize o acesso e uso do serviço, a continuidade e efetividade dos cuidados, de acordo com Ayres (2004a, p.74), deve se basear: “[na] interação

entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediado por saberes especificamente voltados para essa finalidade”.

Para esse estudioso, na relação de cuidado é forçoso saber qual é o projeto de felicidade e a concepção de vida que orientam os projetos existenciais dos sujeitos a serem cuidados. Evidencia que o momento assistencial pode e deve fugir de uma interação focalizada apenas no objeto de ação, atentando-se a trocas mais amplas entre os usuários e trabalhadores de saúde.

Quando o profissional de saúde não prescinde da escuta do que o outro deseja como modo de vida e, para atingir esse fim, lança mão de saberes técnicos e práticos, então, de fato, possibilitará constituição de sujeitos, participantes da ação em curso (AYRES, 2004a), o que é essencial à apreensão e satisfação das necessidades de saúde nos serviços.

Segundo Ayres (2004a, p. 86), é fundamental que se reconheça a importância do cuidar nas práticas de saúde, mediante: “[...] o desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação em saúde”. Nesse sentido, deve-se estabelecer um diálogo - o mais simétrico possível - entre os sujeitos, por meio do qual se proceda ao exame da relação entre finalidades e meios e de seu sentido prático para o usuário.

No setor saúde, tem-se operado um diálogo ineficaz, uma vez que efetivamente não se tem perguntado para os sujeitos sobre o que sonham para a vida, para o bem estar, para a saúde (AYRES, 2001). Entre os desafios que se colocam na reconstrução do cuidado, encontra-se a necessidade de voltar-se à presença do outro, otimizar as interações e enriquecer os horizontes (AYRES, 2004a).

Para voltar-se à presença do outro, Ayres (2004a) aponta a necessidade de superar as tecnologias disponíveis que trabalham restritivamente com uma racionalidade instruída pelos objetos das ciências biomédicas. As tecnologias de conversação devem ser desenvolvidas no sentido de proporcionar uma escuta sensível (AYRES, 2004a). Nas formulações e execuções das ações em saúde, exigem-se conhecimentos que instruam também em outras perspectivas, de sorte que as bases científicas das tecnologias de saúde não precisam/não devem ficar restritas àquelas ciências.

Não é somente a ampliação do espectro de saberes científicos que deve ser trabalhado para que se coloque o sujeito e seus contextos presentes no cuidado. Nesse sentido é também preciso um trabalho de reconstrução que se dê no espaço de operação dos saberes tecnológicos. A depender de como se organiza este espaço de prática, conformar-se-ão

maiores ou menores chances do fluir de uma sabedoria prática por entre o espectro de saberes e materiais tecnocientíficos disponíveis (AYRES, 2004a).

O autor aponta que tanto a racionalidade orientadora das tecnologias quanto os âmbitos e agentes de sua operação devem ter seus horizontes expandidos, incluindo a interdisciplinaridade e intersetorialidade e a pluralidade dialógica, baseadas em outras linguagens (AYRES, 2004a).

Numa mesma perspectiva da produção de cuidados e, conseqüentemente, de consideração de necessidades de saúde amplas dos sujeitos, é preciso romper com práticas amparadas em uma visão funcionalista e classificatória, não emancipatórias. Nestas, os processos não se instauram com base no conhecimento das diferenças existentes entre as classes sociais e as necessidades de saúde são tomadas e definidas como comuns a todos os indivíduos, considerando-os como um agrupamento homogêneo, conforme Campos e Bataiero (2007).

A historicidade e a dinamicidade às quais as necessidades de saúde estão sujeitas e a sua expressão ímpar como demanda⁴ aos serviços de saúde, no exato momento de encontro do trabalhador e usuários, remetem aos limites de qualquer estabelecimento *a priori*.

Porém, a partir de uma perspectiva de necessidades de saúde que contempla uma visão totalizadora dos sujeitos individuais e coletivos, Matsumoto (1999) considera que estas abrangem:

- Necessidades de boas condições de vida, entendidas tanto no sentido mais funcionalista, que enfatiza fatores do “ambiente” e determinantes do processo saúde-doença, como no sentido marxista, que enfatiza o modo de andar a vida nas sociedades capitalistas como explicação mais importantes para o adoecer e morrer;
- Necessidade de ter acesso a todas as tecnologias de saúde que contribuem para melhorar e prolongar a vida;
- Necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe de saúde, que diz respeito à insubstituível criação de vínculos (a) efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou profissional;

⁴ Demanda consiste no “[...] pedido explícito, a “tradução” de necessidades mais complexas do usuário. Na verdade, demanda, em boa medida, são as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem” (Cecílio, 2001, p. 116).

- Necessidade de autonomia “no modo de andar a vida”, que diz respeito à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia na maneira de conduzir a vida.

Cecílio (2001, 1997) advoga que as necessidades de saúde apresentam uma potencialidade que pode ajudar trabalhadores, equipe, serviços e redes de serviços a fazer a melhor escuta das pessoas que buscam cuidado em saúde.

Tomadas como “analisadores” na reflexão da integralidade e da equidade na atenção à saúde, o autor aponta que dentro do espaço singular de cada serviço de saúde deve ser estabelecido o esforço da equipe em identificar e responder, da melhor forma possível, as necessidades de saúde, ainda que a resposta a estas nunca sejam plenas em qualquer serviço de saúde singular e por qualquer grupo profissional.

Na perspectiva da integralidade da atenção à saúde, os profissionais de saúde deverão reconhecer a complexidade das necessidades e empregar amplamente os conjuntos de ações que podem ser colocadas em prática no contexto específico de cada encontro (MATTOS, 2004), utilizando-se, para tal, de tecnologias diversas, que propiciem como produto final de sua ação o atendimento daquelas.

A resposta plena as necessidades de saúde, demanda uma atenção que considere a integralidade do ser humano, a qualidade de vida e a promoção da saúde, indo, portanto, além da intervenção e recuperação do corpo anátomo-fisiológico (ROCHA; ALMEIDA, 2000). Um novo modelo assistencial na perspectiva da integralidade requer mudanças no objeto e no instrumental teórico-prático em que se apóiam as práticas e a organização da produção em saúde (ALMEIDA; ROCHA, 1997; ROCHA; ALMEIDA, 2000), orientadas por novas finalidades e interpretações amplas das necessidades de saúde dos sujeitos.

CAPÍTULO 2 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

*"Quando atingimos o objetivo, convencemo-nos de que seguimos o bom caminho."
Paul Valéry*

2 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

2.1 TIPO DE ESTUDO

Esta é uma pesquisa de natureza qualitativa, desenvolvida numa perspectiva descritivo-interpretativa, uma vez que objetiva descrever e compreender, de forma aprofundada, o objeto de estudo eleito.

Na pesquisa qualitativa, busca-se entender a totalidade de determinado fenômeno, considerando a importância da interpretação científica dos eventos e as circunstâncias em que ocorrem. Também, procura-se capitalizar o subjetivo como um meio de compreensão dos fenômenos e de captação de suas relações com o contexto (POLIT; HUNGLER, 1995).

Por sua vez, a adoção da perspectiva descritiva destina-se: “[a] descrever completamente determinado fenômeno [...]” (LAKATOS; MARCONI, 2007, p.190), tornando-o mais familiar ou conhecido. Associada a uma perspectiva interpretativa, que busca estabelecer correlações do fenômeno com contextos, circunstâncias, eventos e sujeitos.

2.2 UNIDADE DE ESTUDO

Elegeram-se para o desenvolvimento deste trabalho investigativo uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada na Regional Norte de Cuiabá, capital de Mato Grosso. Essa USF será aqui denominada de Flor de Cactus, para o resguardo do seu anonimato.

Para a realização dessa escolha, levou-se em consideração: o objeto e os objetivos da pesquisa; sua natureza qualitativa e a intenção de compreender o objeto em sua complexidade; o tempo pré-estabelecido para o seu desenvolvimento; e a definição da Regional Norte como área prioritária de investimento em ensino e pesquisa pela Universidade Federal de Mato Grosso. Considerou-se, ainda, o tempo de implantação da unidade, superior a 02 anos, devido à exigência de a USF ter vínculo com o território de abrangência da saúde; a existência de equipe de saúde completa; e, em especial, o acesso da pesquisadora à unidade.

2.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A abordagem de necessidades de saúde no processo de trabalho coletivo local permitiu a observação do trabalho de toda a equipe de saúde da unidade analisada.

Partiu-se do pressuposto de que todos esses trabalhadores da unidade atuam na abordagem das necessidades de saúde de usuários, ao tempo em que participam da configuração do modelo assistencial da ESF.

A composição da equipe da ESF Flor de Cactus segue as normativas nacionais que estabelece, no mínimo, a presença do médico, do enfermeiro, do auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde. Além da equipe mínima, encontrou-se a presença de profissionais como: recepcionista, digitadora (que processa os dados da unidade), responsável por serviços gerais de limpeza e vigias que se revezam em regime de plantão. A unidade totaliza 17 trabalhadores.

Considerando essa composição da equipe de saúde da Unidade Flor de Cactus, previa-se, portanto, inicialmente a participação de seus 17 trabalhadores na pesquisa: 01 médico, 01 enfermeira, 02 técnicas de enfermagem, 01 recepcionista, 06 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 01 digitadora, 01 trabalhadora de serviços gerais e 04 vigilantes. Porém, no período de coleta de dados, ocorreu a substituição da enfermeira, de 01 técnica de enfermagem e da trabalhadora de serviços gerais. Os novos trabalhadores foram então integrados à pesquisa, totalizando 20 trabalhadores.

A equipe compunha-se majoritariamente por pessoas do sexo feminino (70%), casadas (55%), e com faixa etária entre 23 a 40 anos (90%). A maioria possuía apenas o nível médio (75%) e possuía renda mensal de R\$ 465,00. Os profissionais do nível técnico possuíam uma renda média salarial líquida de R\$ 1.800,00 reais, as enfermeiras de R\$ 2.750,00 e o médico de R\$ 5.000,00. A maior parte ingressou no serviço público por currículo, e/ou entrevista ou indicação (55%), residia na área de abrangência da unidade (65%), não possuía experiência anterior na ESF (75%), e tinha tempo superior a 02 anos na atual equipe. Todos cumpriam 40 horas semanais de trabalho, com exceção dos vigilantes com plantões de 12/36 horas/semana.

Também participaram da pesquisa os vários usuários atendidos pela unidade no período de coleta de dados, focando-se especificamente o processo de trabalho e as interações estabelecidas.

A pesquisa foi desenvolvida em duas fases: uma de observação do processo de trabalho coletivo local e outra de entrevistas com os trabalhadores e usuários observados no primeiro momento. Nesta segunda fase, procedeu-se uma seleção tanto de trabalhadores como de usuários.

Participaram 08 trabalhadores nessa segunda fase. Entre eles: 02 enfermeiras, 02 técnicas de enfermagem, 02 ACS, 01 recepcionista e 01 médico. Estes foram selecionados pelo papel central assumido no processo de abordagem das necessidades de saúde dos usuários, conforme observado.

Em relação aos usuários, participaram 17, mediante o critério de saturação de dados de interesse para a pesquisa, conforme proposto por Minayo (2006).

Fontanella, Ricas e Turato (2008) chamam atenção para a necessidade de verificação de saturação de maneira crítica. No estudo, entre os elementos identificados para a decisão de um determinado ponto de saturação foram: certa redundância ou repetição no conteúdo da fala dos entrevistados, poucos acréscimos ao material já obtido em determinado momento da coleta dos dados, o tempo disponível para execução da pesquisa, a sensibilidade teórica da pesquisadora e o referencial teórico adotado e aspectos metodológicos relativos ao objeto e aos objetivos do estudo.

Optou-se pelos usuários que estiveram envolvidos em algumas situações observadas, que apresentaram elementos importantes em torno das necessidades de saúde do campo orgânico, mas também no campo ético, afetivo, estético, expressas aos trabalhadores da equipe da ESF, para discussão da abordagem das necessidades de saúde. Os usuários deveriam ainda distribuir-se nas diferentes microáreas do território e foram contatados diretamente em seus domicílios, após a fase de encerramento da observação em campo e de análise geral do material colhido.

Considerou-se que os usuários da Unidade Flor de Cactus, além de serem portadores de necessidades, desejam, demandam e/ou consomem respostas do serviço para satisfazê-las interagindo com a equipe local de saúde, podendo ser considerados para contraponto do discurso dos profissionais e ao observado em relação ao modo de organização e efetivação dos cuidados no âmbito da ESF.

Entre os 17 usuários entrevistados a maior parte deles era do sexo feminino (82%), encontrava-se na faixa etária entre 43 e 53 anos de idade (35,3%), possuía o 1º grau incompleto (64,7%), eram casados (47,0%), possuía entre 12 e 14 anos de moradia na área de abrangência da ESF (35,30%) e possuía renda média mensal inferior a dois salários mínimos.

2.4 COLETA DE DADOS

Para contextualização da pesquisa, realizou-se observação direta da Unidade eleita, visando à sua caracterização e inserção na rede local de saúde. Além disso, realizou-se a consulta a documentos do setor que possuíam informações sobre a ESF (Apêndice A). Para levantamento dos dados e informações de interesse, elaborou-se um roteiro orientador (Apêndice B).

Para coleta de dados empíricos, diretamente relacionados ao objeto de estudo, utilizou-se das técnicas de observação participante do processo de trabalho da unidade eleita e de entrevista semi-estruturada aplicada a trabalhadores da equipe local e a usuários que se constituíram em sujeitos do estudo (ver adiante).

2.4.1 Observação participante

A observação participante é um processo de pesquisa no qual se mantém a presença do observador numa situação social de interesse. Como há uma série de fenômenos que não podem ser registrados por meio de perguntas, é importante que estes sejam observados em sua realidade. O pesquisador, como parte desse contexto em observação, modifica-o e é modificado por ele (MINAYO, 2006).

Dentre as posições assumidas pelo observador, elegeu-se a de observador-como-participante, que se configura em um modo de observação formal, em momentos considerados importantes para a pesquisa (MINAYO, 2006). Os dados de observação foram coletados no período de abril a junho de 2009, totalizando 190 horas.

Os momentos de observação privilegiados, quando se realiza o processo de trabalho da equipe, foram: 1) o contato inicial dos usuários com os trabalhadores do serviço (primeiro contato de entrada e recepção); 2) e a oferta-consumo de ações educativas, de consultas médicas e de enfermagem, de procedimentos diversos (pré e pós-consulta, imunização, nebulização, coleta de exames laboratoriais, oferta de medicamentos) e visitas domiciliares.

As observações centraram-se no acompanhamento de vários momentos do trabalho, ressaltando-se aqueles nos quais ocorreram a abordagem inicial dos usuários, a realização de cuidados, o estabelecimento de inter-relações, as manifestações dos atores envolvidos,

acompanhando-se também as circunstâncias presentes, as contradições, os vazios, com destaque para os aspectos da atenção em sua correlação com a abordagem das necessidades de saúde dos usuários. Observou-se o processo de encontro dos usuários com os trabalhadores atentando para a expressão de necessidades e de demandas, para as manifestações dos envolvidos, e apreensões e recusas, e para expressões de satisfação e insatisfação. Buscou-se reconhecer não só elementos da racionalidade técnica do trabalho, na sua relação com o contexto local, mas também a intersubjetividade manifestada no encontro entre os trabalhadores e usuários na abordagem de necessidades de saúde.

Para o processo de observação foi construído um roteiro inspirado na ferramenta de análise denominada de “fluxograma analisador”, proposta por Merhy (1997).

O “fluxograma analisador” é um instrumento que apresenta um jeito de olhar um serviço de saúde, de qualquer natureza, permitindo refletir sobre como é o trabalho no dia-a-dia, o que lhe é próprio, quem trabalha e como o faz, para que, por que, a quem serve e como serve. Ele propõe um diagrama usado para desenhar momentos do processo de trabalho e sua vinculação entre si (MERHY, 1997).

Seus componentes incluem: a entrada, a recepção, a decisão de ofertas, o cardápio de ações e a saída. Segundo o autor, a entrada é o momento em que se identificam quem são os que procuram os serviços, de onde eles vêm e o que procuram. A recepção constitui-se no momento em que a clientela é recebida (quando é recebida) quando certas necessidades são acolhidas ou não. A decisão de ofertas é a ocasião em que os serviços utilizam distintos critérios para dizer se o que o usuário está trazendo como “problema de saúde” será ou não objeto de ação do serviço. O cardápio é quando se propõe a intervenção tecnológica em saúde propriamente dita e a saída é o momento em que os usuários saem do serviço com resultados alcançados e relações estabelecidas (MERHY, 1997).

A partir dessa orientação geral e consideradas as especificidades da unidade de observação eleita, produziu-se uma adaptação que serviu ao processo de observação para do trabalho da equipe, valorizando-se aspectos diversos do trabalho da equipe e, em particular, as interações processadas no encontro entre usuários e trabalhadores (Apêndice C).

Em síntese, foram observados os seguintes momentos:

- **Pré-assistencial** – quando se estabelece o contato inicial do usuário com o serviço, em que se identificaram os envolvidos, o mobilizador do encontro (fato, estado, pessoas) e o modo como as relações se estabeleceram e as necessidades de saúde são ou não expressas, recusadas e/ou acolhidas pelo trabalhador da equipe.

- **Assistencial** - quando se processaram as diferentes ações de cuidado, as definições dos trabalhadores, as interações, as reações, as recusas e as diferentes respostas a necessidades, envolvendo usuário(s) e trabalhador(es) da equipe.
- **Pós-assistencial** - quando se verificam os resultados finais das ações e interações do(s) trabalhador(es) da equipe da Estratégia Saúde da Família com o(s) usuário(s) e suas respostas satisfatórias ou não a necessidades de saúde.

Para o registro das informações captadas nesses momentos utilizou-se de um diário de campo. Neste, foram registradas as informações descritivas e reflexivas obtidas, as impressões da pesquisadora ao longo do tempo, os resultados de conversas informais, as observações de comportamentos contraditórios e manifestações dos interlocutores quanto aos pontos investigados, conforme preconiza Minayo (2006).

2.4.2 Entrevista

Como instrumento complementar à observação, na captação de informações específicas de interesse da pesquisa, também foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas individuais realizadas com trabalhadores e usuários.

A entrevista é um meio de coleta de fatos e de percepções de atores (NETO, 1994). Nas ciências sociais, é vista como um potente instrumento de captação de informações, pois a fala pode ser reveladora de condições estruturais, sistema de valores, normas e símbolos, além de atuar como porta-voz das representações de determinados grupos sociais, inscritos em certas condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (MINAYO, 1994).

Neste estudo, optou-se pela técnica de entrevista semi-estruturada, com a intenção de captar valores que integram a interpretação de trabalhadores e usuários sobre o tema em discussão.

Acerca desse instrumento de pesquisa, Minayo (2007, p.64) esclarece que: “[...] combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada”.

As entrevistas foram encaminhadas a partir da identificação dos elementos que se apresentaram como significativos na observação do trabalho da equipe, na abordagem de necessidades de saúde dos usuários e na participação de trabalhadores e usuários.

Foram elaborados dois instrumentos, após análise preliminar das observações realizadas: um aplicado aos trabalhadores (Apêndice D) e outro aos usuários (Apêndice E). Na sua elaboração não se desconsiderou os fundamentos teóricos que norteiam o estudo. Ele contemplou algumas questões fechadas, relacionadas à identificação do profissional e à sua inserção no trabalho ou à identificação do usuário. Contemplou, também, questões abertas que se voltaram a três grandes temas: percepções sobre necessidades de saúde; percepções sobre sua abordagem pelo serviço analisado; e percepções sobre interação entre trabalhadores e usuários nesse processo.

Para preservação do anonimato dos entrevistados estes foram identificados pelas letras P, os profissionais, e U, os usuários, ambas acompanhados por números identificadores das entrevistas.

2.4.3 Entrada em campo para coleta de dados

Minayo (2007) observa que o trabalho de campo requer uma aproximação efetiva do pesquisador na realidade sobre a qual formulou uma pergunta e o estabelecimento de interação com os sujeitos que conformam esta realidade. É um momento relacional, específico e prático.

Assim, após aprovação da pesquisa por um Comitê de Ética, procedeu-se o contato com os sujeitos no campo de pesquisa eleito. Apresentou-se a pesquisa aos trabalhadores da unidade de estudo, seguindo os aspectos éticos e legais. Não houve resistência à execução do trabalho.

No processo inicial de coleta dos dados, observou-se que os trabalhadores apresentavam certo incômodo com a presença da pesquisadora e exerciam certo controle sobre o trabalho a ser ou não observado. Algo dentro do esperado, porém não desejado.

O espaço físico restrito da unidade não permitia a permanência da pesquisadora por um período prolongado de tempo, em alguns dos locais observados, como, por exemplo, na sala da pré-consulta, devido à sua constante ocupação pelos próprios usuários e trabalhadores.

Adotou-se, então, como estratégia de aproximação entre os trabalhadores e a pesquisadora, a atuação desta nas práticas da equipe. Inicialmente, participando em determinados procedimentos e, posteriormente, na assistência direta aos usuários.

A estratégia empreendida favoreceu a superação da dificuldade inicial encontrada. As relações entre a pesquisadora e os trabalhadores puderam ser estreitadas, e estes se mostraram mais à vontade, deixando de exercer autocontrole sobre o que faziam ou diziam.

A equipe passou a reconhecer a pesquisadora como parte da equipe e solicitava sua intervenção com certa frequência. Os usuários também começaram a reconhecê-la como um trabalhador a quem podiam dirigir-se na busca de respostas a suas necessidades de saúde.

Com essa aproximação, as observações e entrevistas viabilizaram elementos bastante significativos, em relação ao que os trabalhadores faziam, pensavam e sentiam e aos conflitos presentes. O acesso da pesquisadora aos espaços era tranquilamente aceito. Os trabalhadores mostravam-se abertos, inclusive, para indagar sobre o próprio trabalho. Com os usuários as relações que desde o início do processo não se configuraram como entrave, também foram favorecidas, resultando na expressão bastante à vontade de necessidades de saúde enfrentadas e de percepções em torno destas e da ação do serviço.

2.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Selltiz (1975) aponta que o objetivo da análise é sumarizar as observações realizadas, de forma que estas permitam responder as perguntas da pesquisa, enquanto a interpretação é a procura do sentido mais amplo de tais respostas, através de sua ligação a outros conhecimentos já obtidos. Gomes (1994) opina que a análise e interpretação estão contidas no mesmo movimento: o de olhar atentamente para os dados da pesquisa e compreendê-los. É nessa perspectiva que se trabalha este passo metodológico do estudo.

Para a sumarização dos dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, dentre cujas modalidades, optou-se pela análise temática.

A esse respeito, Bardin (1979, p.42) entende que a análise de conteúdo, tal como ele a denomina, é: “[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”. A autora refere-se a tal análise de conteúdo como um conjunto de técnicas, indicando que há várias maneiras de olhar para o conteúdo dos materiais de pesquisa, sendo uma delas a análise temática.

A estudiosa conceitua tema como: “[...] a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura.” (p. 99).

A partir da técnica descritiva - objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo, apresentada por Bardin (1979), Minayo (2006), apoiada em outros autores, aprofunda os argumentos da abordagem qualitativa colocando em xeque a minúcia da frequência como critério de objetividade e cientificidade e propondo a ultrapassagem do alcance meramente descritivo da mensagem, para atingir, mediante inferência, uma interpretação mais profunda.

A análise de conteúdo em termos mais gerais deve relacionar os significantes com os significados dos enunciados, articulando a superfície dos textos descrita e analisada com fatores que determinam sua característica: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem (MINAYO, 2006).

Na busca de atingir os significados manifestos e latentes no material qualitativo, a técnica de análise temática operacionalmente desdobra-se em três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos dados obtidos e sua interpretação (MINAYO, 2006).

Na trajetória da análise e interpretação dos dados, neste estudo, seguiram-se as três fases.

Na primeira, procedeu-se uma leitura compreensiva do conjunto do material selecionado de forma exaustiva, impregnando-se pelo seu conteúdo e obtendo uma visão de conjunto; também se apreendeu as suas particularidades e escolheu-se a forma de classificação inicial do material em torno dos eixos: o processo de trabalho da equipe na ESF na abordagem das necessidades de saúde e as interações estabelecidas entre os sujeitos.

Na segunda fase, foi realizada a exploração do material, seguindo o esquema de classificação inicial, fazendo uma leitura dialogada com as várias partes dos textos e identificando os seus núcleos de sentido, situando-os em cada classe desse esquema de classificação inicial. A identificação/construção de categorias orientou-se pelas regras básicas propostas por Gomes (1994), que segundo ele deve: 1) ser derivada de um único princípio de classificação; 2) ser exaustivas, sendo possível colocar qualquer resposta numa das categorias do conjunto; 3) ser mutuamente exclusivas, não devendo ser possível colocar determinada resposta em mais de uma categoria do conjunto.

Em resposta às questões da pesquisa, foram construídas 05 grandes categorias: 1) contensores da busca do serviço e da expressão de necessidades de saúde por usuários:

implicações da oferta e qualidade dos serviços de saúde; 2) contensores, propiciadores e tensionamentos na abordagem assistencial de necessidades ordenados pela lógica médico-centrada: regras, estrutura da rede de saúde, condições locais, organização do trabalho e modos de se colocar dos sujeitos; 3) estratégias de enfrentamento das contensões: expressão e abordagem oportunas de necessidades, atenção a necessidades não expressas, intermediação com outros trabalhadores, setores e comunidade na resolução de necessidades e facilidades decorrentes do vínculo e maior proximidade estabelecidos entre trabalhadores e certos usuários; 4) inovações na abordagem de necessidades na ESF: intermediação dos ACS e 5) resposta a necessidades de saúde: contradições entre o olhar de usuários e o de trabalhadores.

Por fim, na terceira fase, procedeu-se à discussão interpretativa dos dados, inter-relacionando mais efetivamente as categorias com o quadro teórico proposto.

2.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi submetida a todos os aspectos legais vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, nos termos da Portaria 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Previamente, foi aclarado o propósito e os objetivos do estudo, solicitada à permissão dos entrevistados para a concessão da entrevista e para a observação do trabalho, além da indicação da não obrigatoriedade de participação no estudo. Somente passamos a registrar os dados levantados após a permissão dos envolvidos e depois de terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices F e G). Afirmou-se a disponibilidade do pesquisador para esclarecimento de possíveis dúvidas e para o caso de desejarem informar sobre o desejo de suspender a sua presença na pesquisa. Recorreu-se, ainda, à anuência da Secretaria Municipal de Saúde do município de Cuiabá e a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller (CEP/HUJM), como consta do parecer nº 559/7 HUJM/8 (ANEXO 1).

CAPÍTULO 3 - CENÁRIO DE ESTUDO

“O vento é o mesmo, mas sua resposta é diferente, em cada folha”
Cecília Meireles

3 CENÁRIO DE ESTUDO

3.1 A REDE SUS E A ATENÇÃO BÁSICA EM CUIABÁ-MT

3.1.1 Rede SUS – Cuiabá

Em Cuiabá, a Lei Orgânica do Município, da década de 1990, explicita e dá seguimento prático aos princípios e às diretrizes do SUS - Cuiabá (comando único, descentralização, regionalização, hierarquização, integralidade, equidade, controle social e universalidade), conforme Constituição Federal e leis 8.080/90 e 8.142/90 (CUIABÁ, 1990).

A Lei Orgânica do Município, em seu capítulo III, prevê a saúde como direito de todos os munícipes e dever do poder público, a ser assegurada mediante a elaboração de políticas sociais, econômicas e ambientais; a eliminação do risco de doenças e outros agravos; e o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde. Essas ações devem ser regidas por um modelo assistencial que contemple as ações de promoção, prevenção e cura, integradas por meio de uma rede assistencial composta pelos níveis básico, geral, especializado e de internação (CUIABÁ, 1990).

A descentralização político-administrativa orienta o setor de saúde do município, através do comando único normativo gerencial e administrativo exercido pela Secretaria Municipal de Saúde, em articulação com a Secretaria do Estado da Saúde (CUIABÁ, 1990).

A Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá foi habilitada na Gestão Plena do Sistema Municipal desde 1998 e aprovada pela Comissão Intergestora Bipartite (CIB) – Resolução nº. 16/1998, sendo, portanto, responsável pela gerência de todas as suas unidades de saúde da própria rede, contratada e conveniada (CUIABÁ, 2009a).

O município de Cuiabá, atualmente, é referência estadual para os serviços de média e alta complexidade, sendo responsável pela contratação, programação, controle, avaliação, auditoria e regulação, assim como, pelo pagamento dos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares (CUIABÁ, 2009a). O SUS/Cuiabá é referência para municípios da denominada Baixada Cuiabana, que se compõe das cidades de: Acorizal, Rosário Oeste, Chapada dos Guimarães, Santo Antonio do Leverger, Várzea Grande, Barão de Melgaço, Jangada, Poconé,

Nossa Senhora do Livramento, Paranatinga, Nova Brasilândia, Gaúcha do Norte e Planalto da Serra (CUIABÁ, 2005).

São órgãos de decisão colegiada do SUS - Cuiabá o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e a Conferência Municipal de Saúde, conforme define a Lei Municipal de nº. 2820 de 19/12/1990 e a Lei Complementar nº. 94 de 03/07/2003 (CUIABÁ, 2009a).

Essa forma de organização do sistema local orienta-se pela política federal e, no âmbito municipal, busca assegurar uma abordagem abrangente das necessidades de saúde de seus municípios, através da participação de diferentes serviços de saúde e instâncias de gestão e participação.

3.1.2 Estrutura da rede de serviços de saúde

A rede de serviços de saúde de Cuiabá é organizada hierarquicamente, sendo constituídos de unidades assistenciais próprias e contratados (CUIABÁ, 2009a), além de outras unidades de serviços privados.

Até 2008, a rede de atenção básica à saúde era composta 95 unidades, sendo: 22 centros de saúde, 63 equipes de saúde da Família, sendo 03 destas localizadas na zona rural, e 10 clínicas odontológicas (CUIABÁ, 2009a). Para o atendimento na área rural, além de 03 Equipes de Saúde da Família, Cuiabá dispunha de 01 unidade móvel atendendo a 22 comunidades (CUIABÁ, 2009a).

No setor de atenção especializada e hospitalar a rede de serviços do município contava com: 05 policlínicas, 01 centro de especialidades médicas (CEM), 01 serviço ambulatorial especializado (SAE), 01 centro de reabilitação, 05 núcleos de reabilitação, 03 centros de apoio psicossocial na área urbana, 09 residências terapêuticas, 01 laboratório municipal de patologia clínica, 01 laboratório central estadual, 01 laboratório contratado pelo município e 32 serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, complementares ao SUS - Cuiabá (CUIABÁ, 2009a).

Para o atendimento hospitalar e de urgência e emergência, o município dispõe com o Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá (HPSMC). De todas essas unidades especializadas e de atendimento hospitalar, em especial o CEM e o HPSMC, atendem a uma demanda proveniente de outros municípios mato-grossenses, principalmente de Várzea

Grande (cidade vizinha), além de outros Estados da Federação (CUIABÁ, 2008; CUIABÁ, 2005).

A rede assistencial pública ainda é composta por unidades sob gerência federal, o Hospital Universitário Julio Muller, e sob gerência estadual, 01 Centro Integrado de Atenção Psicossocial (CIAPS) Adauto Botelho, 01 Centro Estadual de Referência de Média e Alta complexidade (CERMAC), 01 Hemocentro, 01 Centro de Reabilitação (CUIABÁ, 2008; CUIABÁ, 2005).

Para complementação da rede assistencial hospitalar, foram contratados 03 hospitais filantrópicos e 18 hospitais privados (CUIABÁ, 2009a). O SUS - Cuiabá possui registrados no Cadastro Nacional Estabelecimentos Saúde (CNES), 1828 leitos hospitalares (0,003 leitos/habitante), dos quais 62,8% são vinculados ao SUS local (CUIABÁ, 2009a).

3.1.3 A atenção básica em Cuiabá

Cuiabá, nos últimos anos, através dos seus planos de saúde, vem se comprometendo com medidas estratégicas que primam pela inversão do modelo de atenção vigente, o que é essencial do ponto de vista da busca por um modelo abrangente de abordagem de necessidades de saúde.

A estruturação da atenção básica em Cuiabá através da ESF no município é, então, considerada uma das estratégias de mudança do modelo assistencial. Ela encontra-se em processo de plena expansão e, cada vez mais, consolida-se como um eixo que pretende estabelecer, efetivamente, a reorganização do setor (CUIABÁ, 2008).

As unidades de saúde da família de Cuiabá seguem as diretrizes instituídas em âmbito nacional, priorizando as ações de proteção à saúde dos indivíduos, das famílias e das coletividades (CUIABÁ, 2008).

Canesqui e Spinelli (2008), em seu estudo sobre a implementação da ESF em municípios do Estado de Mato Grosso, incluindo Cuiabá, revelaram que a capital encontra-se entre os municípios com implantação mais antiga (CANESQUI; SPINELLI, 2008). Segundo dados do Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde, as primeiras Equipes de Saúde da Família foram implantadas em Cuiabá no ano de 1998, totalizando ao final desse ano, 18 equipes, o que representava uma cobertura populacional de 3,13% da população (BRASIL, 2009).

Apesar desse pioneirismo, em dezembro de 2001 Cuiabá ainda possuía uma proporção de cobertura populacional da ESF bastante reduzida, de apenas 10,50 da sua população (BRASIL, 2009).

Cuiabá optou pelo modelo não substitutivo, ou seja, foram mantidas outras modalidades de atenção básica, como, por exemplo, o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e postos e centros de saúde (CANESQUI; SPINELLI, 2008).

A ampliação da cobertura da população pela ESF na capital é bem recente, tendo sido impulsionada, principalmente a partir de maio de 2009, quando se registrou uma proporção de cobertura populacional estimada em 39,90, correspondente a 63 equipes da ESF (BRASIL, 2009).

Segundo o Plano de Metas/2009, o município previa a ampliação dessa cobertura em 80%, o que implicaria um total de 106 unidades a serem implantadas naquele mesmo ano. Para o alcance dessa meta, definiram-se estas medidas: organizar a rede de assistência nos três níveis de atenção; definir áreas para implantação de novas unidades da ESF, realizar estudos de avaliação das ações da ESF em Cuiabá; reestruturar a política de saúde bucal e incluindo-a na estratégia (CUIABÁ, 2009b).

Até dezembro de 2009, segundo dados da coordenação da atenção básica, já se havia implantado em Cuiabá 54 equipes de saúde da família, com uma cobertura populacional estimada em 34,2% (BRASIL, 2009). No entanto, em janeiro de 2010, de acordo com o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, contabilizou-se que apenas 33 unidades de saúde da família em Cuiabá encontravam-se distribuídas nas quatro regionais administrativas do município (BRASIL, 2010). O número dessas unidades na capital é marcado por suas inconformidades, e sua meta de cobertura populacional se mantém aquém do previsto. A distribuição dessas unidades nas regionais assim é configurada: 13 na região Norte, 03 na região Sul, 07 região Leste, 09 região Oeste e 01 no distrito da Guia.

3.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA FLOR DE CACTUS

3.2.1 Caracterização territorial da unidade

A ESF Flor de Cactus, contando 07 anos de existência, situa-se na Regional Norte do município de Cuiabá-MT, que abrange uma área de 30,70 km², de um total de 254,57 km² que formam a macrozona urbana de Cuiabá.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), referentes ao ano de 2000, do total de 105.212 habitantes, 54.152 eram mulheres e 51.060 homens, concentrando-se a maioria desses indivíduos na faixa etária entre 15 e 19 anos, para ambos os sexos (CUIABÁ, 2007).

O rendimento médio mensal dos responsáveis pelos domicílios, em 2000, era de R\$ 704,56, sendo seus moradores incluídos na categoria de baixa renda (CUIABÁ, 2007).

O abastecimento de água dos 24.555 domicílios era realizado através de uma rede geral. O esgotamento sanitário dava-se através de rede de esgoto ou pluvial em 14.012 domicílios, existindo outros mecanismos como: fossa rudimentar, 8.773; fossa séptica, 2.850; rio ou lago, 278; vala, 123, outros escoadores 123. Ademais, 689 domicílios não possuíam banheiro ou sanitário. Já o destino do lixo coletado, através do serviço de limpeza, acontecia na quase totalidade dos domicílios, em 24.223 (CUIABÁ, 2007).

A Regional Norte conta com dez 10 bairros: o Centro Político Administrativo, Jardim Florianópolis, Jardim Vitória, Morada da Serra, Morada do Ouro, Nova Conquista, Paiaguás, Paraíso, Primeiro de Março e Três Barras. Há também 40 associações de moradores (CUIABÁ, 2009a). Nessa regional contabilizam-se, segundo dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), 13 unidades do Programa Saúde da Família (BRASIL, 2010), 03 centros de saúde, 01 policlínica, 01 Centro de Atenção Psicossocial, 01 conselho tutelar, 01 centro de convivência para a 3ª idade, 09 miniestádios (CUIABÁ, 2008) 12 creches e 16 escolas municipais (CUIABÁ, 2009a).

A unidade ESF Flor de Cactus, responde pela assistência de 01 bairro – incluindo suas 06 microáreas -, habitado predominantemente por moradores de baixa renda e com altos índices de violência. Sem condições sanitárias satisfatórias, as ruas, ou melhor, quase que todas elas, não são asfaltadas; em alguns pontos são íngremes e irregulares e esculpidas pelas águas das chuvas; o esgoto escorre a céu aberto; há de terrenos com acúmulo de mato, nos quais os moradores depositam lixos; o abastecimento de água encanada ocorre em dias alternados; a coleta seletiva de lixo é realizada normalmente, 03 vezes por semana; não há rede de esgoto e, portanto, os dejetos são lançados nas fossas e/ou a céu aberto.

A área conta com uma escola destinada à educação infantil e de adultos, funcionando no período diurno. Também funciona uma creche para crianças de até 03 anos e 11 meses,

além de um centro comunitário que atualmente exerce sua função na área educativa. Ademais, ali se encontra fixada uma beneficiadora de leite e pães, oferecendo esses alimentos a um baixo custo, além de cursos de panificação. Há, ainda, um importante equipamento social, o Centro de Referência à Assistência Social (CRAS), onde são desenvolvidas atividades de apoio assistencial à comunidade.

Suas unidades de referência em saúde são: 01 policlínica, 01 hospital e pronto socorro, 01 hospital maternidade, 01 hospital de clínica geral e maternidade.

Atualmente, a ESF Flor de Cactus serve como campo de estágio para acadêmicos de enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso.

No período de 01/2009 a 06/2009⁵, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) apresentou registros indicando que a unidade ESF Flor de Cactus acompanhava em média 1.013 famílias. Em julho de 2009, sua população geral correspondia a 3.425 pessoas, sendo destas 1781 do sexo feminino e 1644 do sexo masculino.

Na área não foram registrados óbitos em menores de 01 ano de idade, tendo sido noticiado, no primeiro semestre de 2009, 01 caso (16,67%) de óbito de mulheres em idade fértil e outras 05 incidências (83,33%), totalizando 06 óbitos. A média de gestantes cadastradas no período foi de 24, sendo 10 (41,67%) menores de 20 anos.

Na mesma época, a unidade contava com uma média de 33 usuários diabéticos cadastrados, mas acompanhava apenas 87,88% desse total. Os hipertensos cadastrados contabilizam em média 178 indivíduos, número que, tal como o daqueles primeiros, vem se expandindo. Dos hipertensos, apenas 82,58% eram acompanhados pela unidade, e havia 02 usuários com tuberculose e 03 com hanseníase, registrados e acompanhados.

A despeito das condições de vida local, o trabalho assistencial da equipe de saúde centra-se basicamente nas ações programáticas, via consultas médicas e de enfermagem, realizadas na própria unidade e nos domicílios. A equipe de enfermagem realiza procedimentos de suporte ao atendimento individual executado pelo médico juntamente com a enfermeira, como a pré e pós-consulta, e vários cuidados de enfermagem, como inalações, administração de medicamentos, retirada de pontos, orientações sobre fluxos e serviços, etc.

⁵ Não foram possíveis os registros anteriores a data de 01/2009 a 06/2009 em função da inviabilidade de outras informações dentro do próprio sistema localizado na unidade e o acesso a eles via secretaria municipal de saúde.

3.2.2 Infraestrutura da unidade

A ESF Flor de Cactus possui uma infraestrutura compartilhada com outra unidade de Saúde da Família, havendo espaços próprios para cada equipe e espaços comuns a ambas.

São espaços próprios da unidade da ESF Flor de Cactus: 01 pequena sala destinada ao agendamento de consultas e a informações; 01 sala de procedimentos (denominada de sala de pré-consulta) e 02 consultórios (usados pelo médico e enfermeira). Quanto à infra-estrutura compartilhada localiza-se: 01 sala de espera; 01 copa; 01 sala de processamento de dados locais (parte do Sistema de Informação); 02 banheiros dos usuários e 02 dos funcionários; 01 sala de vacinação; 01 farmácia, 01 sala de coleta de materiais para exames e 01 sala de nebulização.

O compartilhamento desses espaços favorece tanto o apoio mútuo quanto o surgimento de situações de conflito entre as partes. Apoio, por exemplo, quando há necessidade de um dos profissionais se ausentar e/ou quando, eventualmente, uma das unidades não dispõe de um dos profissionais, especialmente o médico, situações nas quais uma unidade dá suporte à outra. Quanto às situações de conflito, este se instala, sobretudo, na ocasião em que se define qual será a unidade responsável pelo atendimento do usuário.

3.2.3 Descrição do acesso, ações e rotinas da Estratégia Saúde da Família Flor de Cactus

A ESF Flor de Cactus funciona das 07h00min às 11h00min e das 13h00min às 17h00min, em todos os dias úteis do ano. Para terem acesso aos serviços disponibilizados pela unidade, os usuários devem morar na área de abrangência da equipe, pela qual, a propósito, devem ser cadastrados. O acompanhamento pode ser feito diretamente na unidade e/ou através de visitas domiciliares.

Os usuários que chegam à unidade devem permanecer na área externa do local até a sua abertura pelo vigia, o que demarca o início das atividades, apesar de os demais trabalhadores irem chegando em seguida e pouco a pouco.

A busca dos usuários pela unidade compreende a marcação e realização de consulta médica ou agendamento de retorno; a solicitação de encaixe para o atendimento no dia da procura; a participação em atividades educativas; e o recebimento de cuidados, realizados nas

salas de pré-consulta, de vacina, de nebulização, de coleta de materiais para exames laboratoriais e/ou aquisição de medicamentos na farmácia.

No caso de consulta, os usuários são identificados pela recepcionista ou pelas técnicas de enfermagem através de prontuários previamente separados. Então, são convocados para uma pré-consulta e atendidos nos consultórios por ordem de chegada.

Quanto aos que desejam apenas marcar a consulta, eles deverão permanecer na unidade até que se dê início a essa atividade, às 11h00min, significando que aguardam pelo agendamento desde o início da manhã, antes da 7h00min horas. Aqueles que chegaram posteriormente à abertura da unidade deverão certificar-se do número de vagas e de usuários que aguardam o agendamento para avaliar se ainda há a possibilidade de a consulta ser marcada para o dia seguinte.

As senhas são distribuídas às 11h00min, pelo vigia ou recepcionista, de acordo com a ordem de chegada, e são controladas pelos próprios usuários. Após a sua entrega, ocorrerão as marcações, com orientações sobre o dia, horário, tipo de consulta e profissional responsável. Esse momento é sempre permeado por conflitos, visto que o número de vagas disponíveis é sempre menor que as solicitações advindas dos usuários, embora eventualmente usuários haja os que chegam após a abertura da unidade e também consigam agendar consulta para o dia seguinte.

A marcação de consultas é regulada pela agenda de atividades pré-estabelecidas na unidade. As ações clínico-assistenciais agendadas correspondem às ações de atenção à demanda, realizada pelo médico, e às ações estratégicas rotineiras estabelecidas: assistência pré-natal de baixo risco, realizada pelo médico e/ou enfermeira; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, realizado pela enfermeira; exame preventivo do câncer de colo de útero (CCO) e autoexame das mamas, realizado pela enfermeira; e o atendimento a casos de hanseníase, tuberculose, diabetes e hipertensão, realizado pelo médico e/ou pela enfermeira.

A definição dessa agenda cabe ao trabalhador responsável pela gerência da unidade, papel este “designado” ao enfermeiro. Nessa programação, há determinados períodos em que não são previstas atividades específicas e o cronograma da semana varia. Em outros, apesar de a agenda estabelecer uma dada ação a ser realizada, verifica-se que ela não ocorre sistematicamente ou não é executada no período agendado (especialmente no caso do atendimento da enfermeira).

A rotina de atendimento da enfermeira varia e sua agenda não é disponibilizada para os usuários, ao contrário do que ocorre com a agenda médica. Isso se dá, entre outras razões, pelo fato de a profissional ser afastada da unidade atendendo-se as solicitações da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), além da assunção de tarefas burocrático-administrativas, que consomem grande parte de seu tempo no trabalho.

Por tratar-se de uma unidade que é campo de prática de alunos da graduação em enfermagem, as atividades, especialmente aquelas direcionadas à assistência pré-natal e à prevenção do câncer de colo de útero e de mama, as visitas domiciliares às puerpéras e recém-nascidos e as ações educativas em saúde sexual e reprodutiva, durante o período de realização dos estágios, são majoritariamente assumidas pelos acadêmicos e docentes.

As vagas disponibilizadas para a consulta médica vinculam-se diretamente à atividade pré-estabelecida no calendário semanal e também à eventual “impossibilidade” do médico de comparecer à unidade.

As consultas com a enfermeira são agendadas conforme a programação semanal de atendimento estabelecida, que, como já dito, varia, de certa forma em função das demais tarefas da profissional. Para o exame preventivo, a mulher deve certificar-se da disponibilidade de vagas com a recepcionista da unidade, podendo esse atendimento ser marcado para qualquer dia da semana anterior a data estabelecida. No caso do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e da assistência pré-natal, para o que há dias fixos, os usuários já saem do atendimento com a data para a consulta de retorno definida. O agendamento também pode ser feito no ato da consulta médica, pelo próprio médico, ou solicita por este à recepção, de acordo com a avaliação clínica realizada.

É expressivo o número de usuários que solicita “encaixe” no atendimento, em geral por parte de usuários que não tem consulta ou retorno agendados, mas desejam ser atendidos no dia, sobretudo, pelo médico. Esses usuários devem adequar-se aos critérios de “encaixe” – ocorrência de febre, vômito, diarreia, dor pré-cordial e pressão arterial elevada, estabelecidos pela unidade e que serão submetidos a avaliação dos profissionais credenciados para tal, no caso, os técnicos de enfermagem, que certificarão ou não da necessidade do “encaixe”.

Antes das consultas médicas ou de enfermagem ou, mesmo, independentemente delas os usuários passam pelo espaço da pré-consulta no qual se realizam pequenos procedimentos, tais como: curativos; retirada de pontos; aferição de glicemia, pressão arterial, temperatura, peso e estatura; tudo isso por solicitação médica, demanda espontânea ou para acompanhamento sistematizado dos hipertensos e diabéticos. Neste último caso, incluem-se,

em especialmente, os usuários que se dirigem à unidade para participar de atividade educativa direcionada.

O espaço da pré-consulta é também o local em que os usuários agendados passam pela verificação de dados vitais (pressão arterial e temperatura principalmente) e do peso e altura, antes da consulta médica ou de enfermagem. Além disso, “avalia-se” e decide-se se o que é apresentado pelo usuário como uma necessidade de saúde será ou não encaminhado à equipe, sem se garantir, ainda, o atendimento médico ou do enfermeiro.

Não há agendamento para os procedimentos de enfermagem, como, por exemplo, vacinação, curativos, aerossol, coleta de exames laboratoriais. Isso mesmo ocorre no caso de dispensação de medicamentos, cuja entrega é feita mediante receita médica, advinda da rede pública ou privada de saúde.

As ações educativas são realizadas pela equipe dentro da própria unidade e direcionadas especialmente ao grupo de hipertensos e diabéticos. A reunião ocorre às quintas-feiras, tendo como responsável uma técnica de enfermagem e o agente comunitário responsável pela micro-área priorizada na semana. Na ocasião, é aferida a pressão arterial dos usuários e entregue a medicação necessária aos hipertensos e diabéticos.

As visitas domiciliares, prática rotineira da unidade, são realizadas majoritariamente pelos ACS. O médico e o enfermeiro possuem um dia específico na agenda semanal para fazê-las. Os técnicos de enfermagem também executam essa tarefa, embora eventualmente. As visitas domiciliares são geradas principalmente a partir da solicitação feita pelos ACS e direcionadas, sobretudo, àqueles que apresentam algum problema físico que dificulte a sua mobilidade para se dirigir à unidade.

Cada ação ou conjunto de ações da ESF Flor de Cactus revelam sua forma de organização e do processo de trabalho de seus profissionais, com limites e possibilidades de recorte e ampliação de necessidades de saúde.

Os usuários poderão usufruir dos serviços e dos profissionais – todos eles, alguns deles ou nenhum deles -, para os quais poderão expressar e eventualmente obter respostas a suas necessidades de saúde, não havendo garantia de que todas elas serão respondidas.

Importante destacar que as várias ações do serviço da ESF Flor de Cactus não se encontram desvinculadas. Os usuários entram em contato com inúmeros trabalhadores que compõem a equipe e, portanto, todos eles exercem um importante papel na apreensão das necessidades de saúde.

Quanto a certos aspectos gerenciais, fica a cargo da enfermeira a supervisão e capacitação dos ACS e das técnicas de enfermagem, assim como, a promoção de melhoria nas condições de infraestrutura para o trabalho da equipe. Inexiste um gerente na unidade (tal como nas demais unidades da ESF), sendo a enfermeira responsabilizada por aspectos burocrático-administrativos da unidade e pela intermediação entre esta e a SMS.

A equipe reúne-se quinzenalmente, para ter acesso a informes e decisões da SMS e para articular os trabalhos, especialmente os associados a questões trazidas pelos ACS das suas microáreas. Todavia, a unidade não realiza uma prática sistemática de avaliação e planejamento e de consumo de informações locais sobre saúde.

Os dados referentes ao território e ao atendimento são condensados nos relatórios mensais e/ou semanais produzidos por seus trabalhadores e encaminhados para à SMS, que os lança no sistema de informação e não os reenvia a unidade de origem.

Para a realização das ações assistenciais há poucos protocolos estabelecidos, e estes não vêm sendo usados de maneira sistemática.

Setores vinculados à SMS dão apoio à unidade mediante serviços de manutenção da sua estrutura física, reposição de materiais de consumo, lavanderia, transporte, dentre outros, sendo a supervisão da unidade realizada, de forma assistemática, por ela própria.

CAPÍTULO 4- RESULTADOS E DISCUSSÃO

*“Começo a ver no escuro um novo tom de escuro”
Carlos Drummond de Andrade*

4.0 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CONTENSORES DA BUSCA DO SERVIÇO E DA EXPRESSÃO DE NECESSIDADES DE SAÚDE POR USUÁRIOS: IMPLICAÇÕES DA OFERTA E QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Quando se traz à discussão o tema em foco tem destaque a problemática das necessidades de saúde pelo ângulo dos serviços de saúde. Afinal, estes se constituem em espaços importantes de apreensão e resposta a necessidades de saúde.

Nesta pesquisa, antes de tratar dessa relação de forma direta, evidencia-se o momento que antecede a busca de usuários por atendimento na ESF, destacando a “participação” desses sujeitos num processo de afinamento da abordagem de necessidades de saúde (processo social naturalizado de seleção de necessidades de saúde a serem atendidas ou não, pela ESF, em concorrência com necessidades mais amplas vividas pelos usuários), na sua interface com as características do serviço de saúde.

Apesar do destaque dado ao sujeito usuário nessa participação, cabe considerar que, face à organização do serviço disponível, as necessidades de saúde podem ser previamente recusadas sem ao menos o usuário tê-lo buscado ou sem ter tido acesso a ele, pelo fato de que o que se dispõe em termos de atendimento e o modo como este se realiza este, interferem na leitura e expressão do que é necessário e na identificação e busca de alternativas para supri-lo por parte do usuário. Isso representa já uma forma de contensão da abordagem de necessidades de saúde de usuários, juntamente com o seu processo específico de afinamento, anterior ao encontro entre usuários e serviço/trabalhadores.

Debates em torno do tema explicam o complexo processo de busca dos serviços de saúde, destacando as implicações da oferta e da qualidade de serviços e ações nesta busca (FRANCO; MERHY, 2005; FRANCO; MERHY, 2003; SILVA; PINHEIRO; MACHADO, 2003; CAMARGO JUNIOR, 2005; SCHRAIBER; MENDES GONÇALVES, 2000).

Para Travassos e Martins (2004), que realizam uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde com base em autores que tratam do tema, a busca/utilização desses serviços de saúde é condicionada por uma série de fatores e entre eles estariam aqueles relacionados: 1) **aos usuários** – a suas características demográficas, geográficas, sócio-econômicas, culturais e psíquicas; 2) **aos prestadores de serviços** – a suas

características demográficas, tempo de graduação, especialidade, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática, forma de pagamento; 3) **à organização dos serviços** – aos recursos disponíveis, às características da oferta, ao modo de remuneração, acesso geográfico e social; 4) **à política de saúde** – tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema; 5) **às próprias necessidades de saúde** – morbidade, gravidade e urgência da doença. A influência de cada um desses fatores no uso dos serviços de saúde varia em função do tipo de serviço e da proposta assistencial.

Entre esses aspectos e outros, destaca-se, a seguir, alguns condicionantes evidenciados por trabalhadores e usuários participantes deste estudo, em particular quanto ao modo de o usuário colocar-se diante de suas necessidades na interface com características dos serviços de saúde.

Para Armando Arredondo e Victor Melendez (2003), as atividades que constituem o processo de intervenção médica, em resposta a necessidades de saúde, surgem quando o usuário percebe alguma alteração em sua saúde e a partir daí decide buscar o serviço. Ou seja, a prestação de cuidados de saúde, em resposta a necessidades, depende da sua identificação ou percepção pelos usuários, e da procura e de sua expressão nos serviços. Neste estudo, a participação do usuário nessa busca do serviço de saúde é afirmada por estas falas: “Quando algo não está batendo certo, procuro perguntar o que é; para começar a evitar” (ENT.U.2) e “[...] Quando vejo que eu não estou bem procuro o posto” (ENT.U.3).

De acordo com os autores, antes da procura pelos serviços de saúde, muitos sujeitos se automedicarão e/ou consultarão sua rede de relações sociais para identificar a conduta a seguir.

Nem sempre o serviço local de saúde é visto como a alternativa a ser acionada e/ou nem sempre este se encontra disponível e com a qualidade esperada.

Assim, também se encontram entre os pesquisados depoimentos atestando o uso de outros recursos em saúde, como a prática da automedicação e/ou uso alternativo de chás, receitas caseiras, dentre outras.

Igual ontem, a minha filha direto ela tem uma febrinha. Ontem ela estava com febre. Aí a noite não adianta eu correr lá que não tem ninguém. Aí eu dei para ela Dipirona né. E dei também um chazinho que eu fiz para ela tomar. Aí ela tomou. Melhorou até que foi para a aula hoje. Quando eu vejo que a febre não passa, ou aumenta. Aí eu procuro o médico (ENT.U.5).

Há, igualmente, os que acionam outros equipamentos da área da saúde que não a ESF, como policlínicas, hospitais, farmácias, assistência social, e/ou ainda, quem acesse outras referências de apoio social, a exemplo de polícia, igreja, vizinhos, familiares, amigos, membros da equipe de saúde (especialmente os ACS) etc.:

Eu primeiro converso com a minha mãe e o meu esposo né. Porque muitas das coisas eu não entendo ainda. E como a minha mãe já sabe mais daqui aí eu pergunto para ela. Dependendo do que ela me falar. Aí eu sigo a orientação dela e depois eu procuro a unidade (ENT.U.12).

Deitei na cama e fiquei deitada. Aí ela chegou. E a dor continuou. Aí ela chegou falou “O que foi dona Carla?”. Falei to passando mal Francisca. Pelo amor de Deus. Sorte que eu tinha um dinheiro. Falei liga na farmácia e pede um remédio para mim senão eu vou morrer (ENT.U.10).

Na perspectiva dos profissionais, entre os recursos utilizados pelos usuários para resolução de suas necessidades de saúde estariam: o uso de chás; os conhecimentos dos familiares; a renda financeira de algum membro da família; a igreja; os benzedores; as lideranças comunitárias, os representantes de bairro; a mídia televisiva; os ACS e o serviço local. Nesse conjunto, a ESF ocuparia um espaço central:

Acham que aqui tem resolutividade para tudo. O sistema é bruto. Eles vêm como resolução para os problemas de saúde que eles apresentam o posto. O profissional do posto. Então quando alguma coisa não acontece quem é o culpado é o profissional do posto. Acho que não tem outra forma deles lidarem com os problemas deles. Porque o posto é a referência do usuário, do morador da área de abrangência (ENT.P.3).

Contraditoriamente, as alternativas utilizadas pelos usuários podem ser múltiplas e a busca pela ESF pode constituir-se em uma delas, nem sempre representada como a melhor, mas às vezes como necessária:

Assim, no meu caso, tomo um chá, alguma coisa para amenizar. Às vezes não tá dando resultado, então vamos ao médico. [...] Ah! Para eu ir lá ao postinho (ESF), só se eu não conseguir resolver aqui (em casa). Mas se for possível eu resolver aqui, não ter que ir lá, para mim é uma grande benção. Agora, quando eu não estou conseguindo eu tenho que apelar para eles (ENT.U.6).

Essa ampliação de recursos, por um lado, reflete os efeitos da contensão dos serviços de saúde no trato das necessidades de saúde, como se verá a seguir, por outro, revela certa abrangência de alternativas utilizadas que acabam por resgatar, em alguma medida, a possibilidade de satisfação de necessidades vividas. Há um afunilamento do serviço de saúde

local, tensionado e contraposto por alternativas visualizadas, disponíveis e utilizadas por usuários.

Alguns estudos centrados na entrada do usuário nos serviços de saúde (SAITO; LACERDA; FRACOLLI, 2006; SOUSA et al., 2008; ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003) trazem importantes elementos para compreensão do acesso aos serviços de saúde, enquanto aqueles que focalizam também o acolhimento (LIMA et al., 2007, RAMOS; LIMA, 2003; SOUZA et al., 2008) têm trazido outras importantes reflexões em torno da maior ou menor consideração aos sujeitos e suas percepções, ações e interações na busca e acesso aos serviços, na interface com a estrutura e organização dos processos de trabalho de saúde.

Lima et al. (2007), abordando o assunto a partir da visão de usuários, procedeu a uma investigação em unidades de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, apontando três categorias de acesso: funcional, econômica e geográfica. O acesso funcional inclui os tipos de serviços oferecidos, os horários previstos e a qualidade do atendimento. O acesso econômico é descrito com base nas facilidades e dificuldades encontradas pelo usuário para obtenção de atendimento; e o acesso geográfico é distinguido pela forma e tempo de deslocamento e pela distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde disponível.

Na fala de entrevistados foi possível visualizar a articulação existente entre a estrutura e organização do serviço e a dificuldade encontrada para acessá-lo, especialmente no tocante as consultas médicas. Esse aspecto implica em um recorte prévio das necessidades de saúde a serem canalizadas à ESF. Essa atitude é estimulada pelas próprias características organizativas do serviço, que se entrelaçam ao modelo assistencial efetivado e a subjetividade de usuários e revelam a rede de contensão de necessidades de saúde. Esta, por sua vez, é apresentada aos sujeitos antes mesmo do contato deles com o serviço e faz parte do processo de afinilamento ou seleção de necessidades.

Usuários relacionam esta problemática ao número de médicos insuficiente, ao horário de marcação de consultas e à demanda excessiva por atendimentos que dificultam o acesso rápido a respostas a necessidades enfrentadas e interferem em sua busca pelo serviço:

Acho que o que está faltando aqui no nosso bairro era só um médico a mais para a gente conseguir. Não têm como a gente largar o filho sozinho 5 horas da manhã para ir ao posto. [...] Agora aqui é dez vagas, mas você tem que sair 5 horas. Porque se chegar lá seis horas tá cheio. E é a cara da mesma pessoa. Se vai ao posto todo dia é a mesma cara. Eu acho que o povo... Gosta do médico. Dá até raiva de ir. Nem vou. To baixando na policlínica em vez de ir aí. A gente nunca consegue. Para conseguir tem que madrugar (ENT.U.4).

Lima et al. (2007) e Ramos e Lima (2003) também destacam como elementos interferentes nessa procura o tempo de espera prolongado para o atendimento e o fato de se precisar chegar à unidade ainda de madrugada, muito antes do horário de abertura do serviço.

Souza et al. (2008), estudando sobre o acesso e o acolhimento processados no âmbito da atenção básica a partir da percepção de usuários e profissionais, em três capitais do Nordeste, apontam fatores especialmente ligados a questões de organização do serviço de saúde como aspectos que facilitam ou dificultam esse acesso e, portanto, a busca e a expressão de necessidades pelos usuários. Para estes, entre as circunstâncias causadoras de dificuldades estariam o difícil acesso a exames e consultas especializadas, a demora para o atendimento na unidade, as longas filas para os serviços de referência e a falta de medicamentos na farmácia. Já para os profissionais, tais dificuldades concentram-se nos problemas com o sistema informatizado, na falta de medicamentos na farmácia, na demanda excessiva em face dos serviços disponíveis, na cultura do pronto-atendimento através do agendamento e outros.

Algumas dessas ocorrências além de outras de cunho organizacional, pode finalmente conduzir os usuários a desviarem-se da unidade. Ora, se eles não encontram o que buscam e não são levados a reconhecer que o serviço é capaz de dar respostas as suas necessidades de saúde, então é considerada desnecessária à ida a unidade:

Eu vou lá, eles me dão remédio. Eu consulto lá. Faz nada não. Consulta lá não faz nada não. Remédio não vale nada não. Chego lá o doutor manda fazer exame de coração. Falei: - Para quê? Tem um monte aí. Têm poucos dias eu fui lá. Eu fui lá e mandou para o hospital para fazer exame de coração. Não dá não. Não dá nada. Não adianta. (ENT.U.17).

Retomando as considerações de Lima et al. (2007) e Ramos e Lima (2003), ao tratarem do acesso econômico, falam sobre os custos ou benefícios que usuários têm à obtenção de medicamentos e exames, o acesso a procedimentos próximos de sua residência e o deslocamento facilitado ao serviço de saúde.

Ver e/ou ter o serviço público de saúde como única alternativa para suprir determinadas necessidades, frente à impossibilidade de pagar outros serviços desejados e valorizados, é um fator que interfere na busca daquele.

Usuários submetem-se a condições pré-estabelecidas pelo serviço muitas vezes pelo fato de que ele representa a alternativa mais viável ou possível, especialmente sob o aspecto econômico (LIMA et al., 2007; RAMOS; LIMA, 2003). Isso também fica evidenciado nesta

pesquisa: “A gente precisa, né. Se não precisasse... Agora, não precisava ter que agüentar humilhação” (ENT.U.4).

A distância entre a residência do usuário ao serviço, o desconforto para deslocamento até ele e a não garantia do atendimento, são apontados como elementos contensores do acesso e da expressão de necessidades de saúde ao serviço local: “O posto que é muito longe. Ir daqui lá com criança. Nesse sol quente. E muitas vezes você vai lá e não tem médico. Outras vezes é ruim para atender. Muitas vezes você vai procurar um médico lá. Não tem. Para marcar consulta também” (ENT.U.13).

Lima et al. (2007) e Ramos e Lima (2003), ao tratarem da relação entre o acesso e o tempo e a forma de deslocamento para os serviços, afirmam que, em alguns casos, apesar de o usuário deslocar-se mais, sua escolha não é influenciada pela distância e sim pela qualidade do atendimento, ou seja: por como ele é recebido; pela confiança e vínculo estabelecidos na experiência com os trabalhadores da equipe, aspectos estes verificados pelo próprio usuário e/ou por amigos, vizinhos e familiares; a experiência prévia negativa em outros serviços; pelo tipo de atendimento ofertado; pelo ingresso e permanência facilitados ou não; pela resolutividade das necessidades de saúde apresentadas, dentre outros aspectos.

Desconsiderando a correlação entre as características dos serviços de saúde e a busca destes pelos usuários, para apresentação de necessidades de saúde enfrentadas, encontrou-se entre os próprios usuários a auto-responsabilização pela não ida ao serviço, interpretada como decorrente do “medo” e/ou da “preguiça”: “Uns tem medo. Meu marido mesmo tem medo. Que ele falou assim que vai para consultar chega na hora o médico olha para a sua cara e fala que você não tem nada. Então muitas pessoas têm medo ou é preguiça de não procurar. Para mim é isso” (ENT.U.12).

As experiências prévias com serviços de saúde e a forma de condução do atendimento profissional justificam a não busca do serviço de saúde pelo usuário. A falta de resolutividade das necessidades de saúde levadas ao serviço também compõe os fatores condicionadores da busca ou não:

Quando eu precisei do serviço pro meu filho, que estava muito mal, com febre, aí a mulher mandou ir lá pro Pronto Socorro [...] E quando eu tava com problema de cólica renal, que eu vim aqui também, não me atenderam. Aí eu acabei indo para a policlínica do CPA. Aí até por isso a gente começou a deixar de lado. Eu ia mesmo só para vacinar as meninas. Só. A gestação todinha eu não fiz tratamento aí. Fiz no Hospital X, justamente por causa disso (ENT.U.5).

As experiências prévias podem ser do próprio indivíduo ou de outros. No texto, a seguir, encontra-se a transcrição de uma fala interpretando que o desrespeito à privacidade de um conhecido aparece como um aspecto definidor da busca do serviço:

Eu fiz preventivo mês passado, retrasado, mas eu fiz particular. [...] Porque uma vez uma irmã minha fez e falou que... Era a enfermeira, mas chamava a agente de saúde para ir ficar junto. Falei: - Sinto muito, mas não vou fazer. Se for com a enfermeira tudo bem. Mas chamou a agente de saúde. Não faço. Porque uma vez ela realmente chamou a agente de saúde para ficar lá dentro. Só que eu levantei da cama rapidinho. Falei. Se for entrar agente saúde eu saio. Porque eu não acho certo isso. Agente de saúde é uma coisa e uma enfermeira é outra coisa. Eu acho que não tem nada a ver uma agente de saúde ficar lá dentro para ver os outros lá fazer exame. [...] Igual a enfermeira, ela é uma pessoa qualificada para aquilo ali. As agentes de saúde não são. Aí eu pedi para o doutor fazer o pedido para mim. Ele passou. Aí eu falei: - Doutor, só que eu vou fazer... Não vou fazer aqui não. Vou pagar para fazer. Ele: - Mas por quê? Aqui é de graça. E não sei o que. E é muito bem feito. Falei: - Tá doutor. Mas tem problema eu fazer no particular? Não. Não tem problema. Você vai gastar. Falei ah tá bom eu vou aproveitar e usar o plano. Vou ver como é o negócio. E fiz (ENT.U.13).

Identifica-se, também, que a boa relação com profissionais, pode se constituir em fator que favorece ou não a busca do serviço:

[...] Qualquer hora que eu chego lá. Eles me atendem. E a minha agente de saúde também [...] (ENT.U.14).

Eu chego ali é mesmo que estivesse em casa. Eu chego ali. Eu vou bem cedo. A própria enfermeira já vem e trata a gente bem. A gente sente a vontade. Neiva também. Eu brinco com ela. Você quer sentir melhor, vá lá ao postinho (ENT.U.9).

Saito, Lacerda e Fracolli (2006), o acesso no primeiro contato do usuário com a unidade básica de saúde, no contexto de uma ESF de São Paulo, reconhece que há situações nas quais o relacionamento mútuo entre usuários e serviço/trabalhadores condiciona o acesso ou não ao atendimento desejado. Independentemente da conformação dos processos de trabalho adotados, as relações carregam componentes que predisõem ou não ao reconhecimento da necessidade trazida ao serviço de saúde.

Todos esses aspectos, entre outros apontados por diversos estudiosos, são aqui destacados especialmente para evidenciar que a análise do modo como o serviço de saúde lida com necessidades de saúde a partir do encontro entre usuários e serviço, não pode desconsiderar que, antes desse contato, parcela expressiva da população não comporá os espaços da ESF e inúmeras necessidades de saúde serão desconsideradas pelos próprios

usuários (e possivelmente também pelos serviços) ou serão canalizadas por estes para outros espaços.

Assim, é importante reconhecermos dos fatores dos serviços de saúde que influenciam previamente na procura, para que se possa investir na sua estrutura e nos processos organizativos e relacionais, ampliando as chances de acesso a esse sujeito e, conseqüentemente as possibilidades de expressão, apreensão e resposta a necessidades de saúde.

4.2 CONTENSORES, PROPICIADORES E TENSIONAMENTOS NA ABORDAGEM ASSISTENCIAL DE NECESSIDADES, ORDENADOS PELA LÓGICA MÉDICO-CENTRADA: REGRAS, ESTRUTURA DA REDE DE SAÚDE, CONDIÇÕES LOCAIS, ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E MODOS DE SE COLOCAR DOS SUJEITOS

Buscando o serviço de saúde, parte dos usuários firmará o seu ingresso neste, embora não tenham ainda a garantia de que serão atendidos e de que terão espaço para canalizar suas necessidades de saúde e para supri-las com a participação dos trabalhadores.

Apesar de os usuários vivenciarem necessidades relativas à totalidade de suas vidas, comumente, as transformadas em demandas, em princípio, como já dito, apresentam-se em sintonia com o modo de organização do trabalho assistencial. A percepção das alternativas disponíveis, do que podem ou não canalizar para o serviço, e o movimento de busca de atendimento pelo usuário encontram-se delimitados pelo modo como as ações de atenção à saúde são produzidas (MANDÚ, 2004; FRANCO; MERHY, 2005; CAMARGO JUNIOR, 2005; SCHRAIBER; MENDES GONÇALVES, 2000).

Na unidade analisada, as necessidades de saúde canalizadas relacionam-se imediatamente àquilo que usuários incorporam como constituintes das ações do serviço local. Assim, acabam por identificar uma “lista” de ações disponíveis e por assimilar possibilidades de atendimento ou não:

Se for uma gripe... Só aquele resfriado... Aí vai lá e consulta. Aí passa o medicamento. Passa para dar em casa ou então, no caso, se eles piorar, levam eles lá de novo para eles atenderem. Aí coisas que eles não conseguem são sobre doenças mais graves que não tem como. Eles encaminham para outro hospital, porque em outro hospital tem como fazer atendimento mais rápido, porque já tem todos os aparelhos de ver. Aí já consegue. E aí não tem o aparelho (ENT.U.12).

São encaminhadas necessidades que na acepção do usuário podem ser resolvidas com determinadas ações naquele serviço, nesse caso na ESF. Tal é o caso, por exemplo, de situações de atendimento a casos crônicos, como hipertensão e diabetes: “Quando eu vou lá, normalmente, porque eu tenho problema de pressão, eu vou lá para medir pressão, pesar. Vou ver como é que tá. Se tá fora do peso ou normal. Se a pressão tá alta ou baixa” (ENT.U.1).

Alguns usuários acabam identificando outras referências assistenciais, no caso de demandas não atendidas localmente, o que promove a ida a outros serviços antes mesmo de indicados pelos trabalhadores. Ou seja, o usuário é ativo no processo de busca de alternativas assistenciais frente a necessidades enfrentadas/interpretadas a partir do conhecimento acumulado na experiência com a ESF: “Dá até raiva de ir. Nem vou. Tô baixando na policlínica em vez que ir aí. Que a gente nunca consegue. Para conseguir tem que madrugar” (ENT.U.5).

Para Cecílio (1997), os usuários tentam montar o seu “menu” de serviços, buscando onde for possível o atendimento de que necessitam. Eles tentam furar os bloqueios de todas as formas, acessando os cuidados de que precisam por múltiplas entradas, tentando garantir o atendimento às vezes por conta própria, sobretudo na medida em que, o sistema de saúde deixa a desejar nesta organização.

As necessidades de saúde expressas concentram-se em queixas clínicas, focadas no orgânico, e na solicitação de consultas, retornos, exames, encaminhamentos, medicamentos, procedimentos de enfermagem. Ou seja, manifestam-se primordialmente como necessidades de acesso a tecnologias de saúde que contribuam para a superação de problemas manifestos organicamente, de forma coerente com o que predomina no serviço e o com o sofrimento enfrentado.

Trabalhadores e usuários apontam essas necessidades como sendo constitutivas das demandas canalizadas para o serviço local:

Temos várias queixas. Diarréia. Pressão alta. Febre. [...] A doença. Atendimento. Quando estão ruins. Maus. Numa situação crítica, quando não agüentam mais. Pressão alterada. Ou quando tá desmaiando. Muita tosse. Febre. Início de pneumonia (ENT.P.1).

[...] Quando eu preciso consultar. Fazer exame. Aí eu vou lá (ENT.U.12).

No que diz respeito aos usuários, Reis et al. (2007) também identificam em seu estudo a sobrevalorização das consultas médicas, sendo perceptível a predominante busca por

consultas, medicamentos e exames, bem como a representação de bom profissional como aquele que responde a essas necessidades interpretadas e expressas.

No entanto, outras importantes necessidades de saúde, relativas ao contexto de vida dos usuários, também são expressas no espaço da recepção e em outros e deveriam encontrar algum suporte no serviço:

[...] Um exemplo... Tipo assim, por exemplo, o pai briga com o filho. Tá nervoso e acaba procurando aqui para conversar. Esposa. Marido. Por exemplo, parte financeira. Dificuldades de alimentação. Desempregado. Aí vem para cá para a gente tentar resolver né. Procura a gente aqui. Que eles acham que procurando a unidade, eles conseguem resolver isso né. Eles falam para a gente né. [...] Por exemplo, eu aqui, chega, fala para mim, fala para as técnicas de enfermagem. Entendeu? Às vezes uma pessoa briga com o marido. Fica nervosa. Vem para cá achando que... (ENT.P.5).

Conforme Mandú (2004), a experiência individual do adoecer é vivida de modo particular e único pelos sujeitos, embora espelhe o coletivo. Ainda que subliminarmente às demandas moldadas pelas características dos serviços de saúde, os usuários também enunciam necessidades abrangentes, relativas a condições sociais, grupais e familiares vividas e a aspectos da intersubjetividade, não traduzidas primariamente como necessidades de saúde pelos serviços.

Salienta a autora, que a lógica que prevalece no âmbito da atenção à saúde toma por referência a restrição e fragmentação da totalidade da vida humana promovendo um recorte desta complexidade. No entanto, esta complexidade comumente deslocada não se encontra ausente dos serviços de saúde, de forma que tensões são produzidas e manifestam-se nos seus diferentes espaços, em suas brechas, com toda a força, seja através de demandas explícitas ou implícitas.

Assim, no serviço, concomitantemente à expressão de necessidades de saúde de ordem biológica, outras ordens de necessidades, relativas à totalidade da vida, são expressas pelos usuários e identificadas, em alguma medida, pelos trabalhadores:

[...] Os outros tipos de problemas tudo vem para cá. De relacionamento conjugal. De filho drogado. Praticamente bate na mãe. Aposentadoria vem de todo tipo que você pensar e imaginar. Problemas relativos à gestação. Gestação na adolescência que sempre dá problema para a família. Gravidez de alto risco. Enfim. Não dá para a gente lembrar tudo (ENT. P.8).

Por exemplo, eles ficam assim tão perdidos que realmente eles não sabem que realmente eles buscar. Então acabam procurando o serviço de saúde, às vezes para conversar, para ver, para desabafar, e ver o que a gente pode fazer. [...] (ENT.P.5).

Da escuta e da fala ela faz os dois sentidos. Tanto eu falar e o usuário ouvir, quanto como usuário falar e eu também ouvir. Muitas vezes o usuário vem, vem, vem na unidade. A gente fala aquele lá é vip. Ah ele está aí de novo. Será que ele está vindo mesmo por causa de alguma dor. Por causa de alguma coisa que incomoda ele. Ou ele vem aqui só pelo fato dele saber que ele vai chegar, que de repente você está bem... Porque tem pessoas que conquistam mais as outras, não adianta. Isso faz parte do ser humano. Aí ele chega. Você o recebe com um sorriso. Chama o pelo nome. Ah vamos sentar aqui. Vamos olhar a sua pressão. Sua pressão tá igual de criança. É aquele aconchego ali. Então o ouvir... Ah eu vim aqui só porque eu não estava bem. Que nem teve um usuário. Ah eu vim aqui hoje só para pegar camisinha para eu sair de casa um pouco. Eles já vêm aqui no final da tarde. Você até conhece ela. Para conversar um pouco. Então tem isso aí. (ENT.P.3).

Os profissionais reconhecem as outras ordens de necessidades daqueles que comparecem constantemente na unidade, porém, como observa Mandú (2004), por estas não comporem o conjunto de necessidades reconhecido institucionalmente e pelos próprios profissionais, como sendo objetos de ações em saúde sob sua responsabilidade, aquelas tendem a ser naturalizadas, desconsideradas e/ou simplesmente atribuídas a outros profissionais e setores.

O modelo histórico predominante de apreensão das necessidades e de atenção à saúde opera através de uma racionalidade orientada especialmente para o diagnóstico e tratamento clínico. Nessa racionalidade, as práticas compõem-se predominantemente de fundamentos que restringem o olhar e a atuação dos profissionais sobre a complexidade de vida dos sujeitos e suas necessidades de saúde. Assim, a complexidade pensada, coerentemente com a concretizada, é, sobretudo a médica, recortando-se, principalmente, aí o tipo de ajuda que se entende ser necessária.

A alta demanda por consultas, especialmente as médicas, é representativa da organização do trabalho coletivo centrado no atendimento médico individual existente na ESF.

As consultas, especialmente dentro do conjunto de ações programáticas, mobilizam o fluxo de usuários e a apresentação de suas necessidades de saúde.

Para Feuerwerker (2005), os programas efetivamente produzem certo ordenamento das práticas em saúde, ao mesmo tempo em que criam uma carga de procedimentos “obrigatórios”. Nessa perspectiva, as necessidades de saúde definidas tecnicamente estabelecem e ao mesmo tempo delimitam o repertório de ações dos trabalhadores, desconsiderando-se as singularidades dos usuários e outras ordens de necessidades.

Apesar do fluxo estabelecido em torno das consultas e orientado pelas ações programáticas, não há garantias de que as necessidades de saúde enfrentadas serão

respondidas através delas. Poderão ou não ter os usuários, suas necessidades resolvidas na consulta, sendo que esta também gera novos fluxos dentro da unidade e/ou em outros serviços de referência.

No exemplo a seguir novos fluxos, ações e encaminhamentos são (e deverão ser) empreendidos para a satisfação das necessidades dos usuários, que incluem não só o encaminhamento profissional a exames e a outros serviços públicos como também a sugestão de uso de serviços privados, em situação de morosidade no serviço público e recusa do usuário em utilizar o serviço de pronto socorro disponível.

A usuária com tom de rudez diz que não quer sentar-se, porque vem sentindo muitas dores pelo corpo, especificamente na região lombar. Refere que as dores são terríveis. Não consegue nem sentar. Diz que não houve melhora desde o dia que consultou com o médico. O mesmo refere que ela deve usar um dado medicamento. A mesma refere que já vem fazendo uso dele, mas que não sentiu nenhuma melhora. O médico olha e diz que é aquele mesmo, mas que ela tomou apenas 05 dias e ainda não é possível ver o efeito do medicamento. O profissional olha o prontuário e verifica em registros passados a solicitação de densitometria óssea e o resultado de exame que apontava osteoporose. Verifica que na última consulta receitou a medicação e solicitou diversos exames. Questiona a realização deles. A usuária refere que eles não ficarão prontos. O médico diz que é preciso o resultado dos exames para avaliar. Sem eles é difícil definir uma conduta. Ele diz que a encaminhará para um ortopedista e caso ela sinta dores intensas deverá procurar o pronto socorro, onde há ortopedistas de plantão. A mesma diz que não quer ir ao pronto socorro, que aguardará o resultado de exames para a avaliação do médico da unidade. O médico prescreve medicamentos e faz um encaminhamento da usuária para o ortopedista. A mesma sai da consulta. Na recepção vejo que a usuária tenta agendar o encaminhamento. A recepcionista refere que levará mais ou menos um ano para a consulta com esse especialista. [...] Passado um momento a recepcionista orienta a usuária procurar uma consulta particular. A profissional orienta o nome de alguns médicos e refere o valor em torno de 40,00 reais para consulta. A usuária então pede que seja anotado o nome dos profissionais (Registro de observação).

Noutra situação, a partir do procedimento de aferição de pressão arterial, quando são constatados valores acima dos parâmetros de normalidade, novos encaminhamentos são dados e, também neste caso, a participação dos sujeitos trabalhadores conduzirá a apreensão e/ou resposta ou não às necessidades de saúde expressas pelos usuários.

A despeito do papel estratégico do médico na abordagem de necessidades de saúde a partir do modelo de atenção configurado, os demais trabalhadores participam ativamente desse processo, na dependência do reconhecimento da necessidade, da identificação das medidas necessárias e das possibilidades para supri-las e, também, da sensibilidade ou responsabilização para com o problema do usuário.

No registro de observação apresentado a seguir, constatam-se alterações não desejadas na pressão arterial, porém, como o médico não se encontrava presente, foi a enfermeira que articula os cuidados a serem oferecidos ao usuário, propiciando a complementaridade dos vários trabalhos à abordagem de necessidades. Inexistindo a resolutividade do problema com a ação realizada, naquele momento, novas medidas são utilizadas e propostas, envolvendo o próprio serviço, outros serviços, a ação profissional e do próprio usuário.

Uma senhora chega à unidade solicitando verificação da pressão arterial. Constata-se uma pressão de 160x110 mmhg. A enfermeira informa-se sobre os valores registrados e lamenta o médico ter acabado de sair. Busca na farmácia um anti-hipertensivo e pede para que a usuária o coloque debaixo da língua e fique deitada para observação. Depois de algum tempo, constata que a PA ainda está elevada. A enfermeira diz à usuária que a avaliará naquele momento, mas que ela deverá retornar no dia seguinte cedo para consulta médica. A enfermeira solicita então que a usuária a acompanhe ao consultório médico. A enfermeira colhe a história da usuária. Pergunta sobre suas queixas. Questiona sobre os sinais característicos de PA elevada. Dor de cabeça. Dor na nuca. Vômito. A usuária vai respondendo, enquanto a enfermeira anota tudo na ficha do prontuário aberto para a usuária. A enfermeira diz que o problema de pressão elevada é sério e pergunta se a usuária não deseja ir à policlínica. Ela refere que não, que prefere esperar a consulta médica pela manhã. [...] A enfermeira então diz que se ela sentir piora não deverá aguardar e se dirigir logo à policlínica. A usuária concorda. A enfermeira pergunta se a usuária conhece folha de capim cidreira. A usuária refere que sim. A enfermeira pede que ela amasse e coloque com um suco e o beba gelado que isso ajuda a diminuir a pressão arterial. Pede para a usuária diminuir também as preocupações/estresse. A usuária solicita um Paracetamol que ela já não o tem mais em casa. A enfermeira pede na farmácia. Reafirma a realização da consulta pela manhã e ambas se despedem.

Reis et al. (2007) lembram que o termo modelo assistencial médico-centrado refere-se à conduta de todos os trabalhadores, uma vez que esse modelo orienta as práticas em saúde e é reforçado pelo trabalho das várias categorias profissionais da saúde.

Na abordagem de necessidades o fluxo dos cuidados na ESF analisada não é unidirecional e situado apenas no interior da unidade e depende da ação articulada, competente e responsável dos vários profissionais, em que se destaca a prática da enfermeira.

Considerando a alta demanda por consulta médica e os fluxos gerados em torno dela, de forma normativa, para contê-la, são estabelecidas definições que são mais ou menos flexibilizadas com a participação dos sujeitos diretamente envolvidos.

Dentro de uma visão racionalizadora e técnica, os usuários com suas angústias e sofrimentos passam a ser vistos como agentes dotados de comportamentos previsíveis, que poderão ser enquadrados a partir dessa racionalidade exterior (CECILIO, 1997).

Essas pré-definições concentram-se especialmente nas etapas de marcação e de viabilização dos “encaixes” da consulta médica, importantes no seguimento do fluxo a ser gerado a partir da prática médico-centrada.

Nessas etapas, realizadas, sobretudo no espaço da recepção, ocorrem tensionamentos (esforços/ações empreendidas pelo usuário em seu encontro com o serviço/trabalhador que contrapõe aos limites a abordagem e resposta as necessidades de saúde estabelecidos pelo serviço) muito conflitos e, também, constantes afirmações das regras ou seu rompimento pelos sujeitos envolvidos - trabalhadores da equipe e usuários.

Observa-se que nos demais setores da unidade, quando a autorização para a consulta médica já está “garantida” ou em situações em que o usuário não a requer, os tensionamentos (que resultam comumente em afirmação dos controles e reações) e os conflitos decorrentes são menores.

A recepção é considerada um lugar difícil de trabalhar. Tradicionalmente é um lugar de conflito. Há, de um lado, alguém que traz uma demanda e que entende que esta deve ser atendida pelo serviço e, de outro, há um trabalhador responsabilizado por acolher os usuários com suas diferentes necessidades de saúde e por encaminhá-las dentro das alternativas existentes no serviço (TAKEMOTO; SILVA, 2007).

No processo de marcação de consultas na ESF Flor de Cactus, as “redes” (composição de elementos organizacionais e intersubjetivos presentes no processo de “abertura” e/ou “contensão” as necessidades de saúde) tensionadas correspondem a certas pré-definições organizacionais estabelecidas, como: 1) para ser atendido, o usuário deve ser morador da área de abrangência do bairro; 2) o usuário deve ser cadastrado na unidade; 3) o usuário deve demandar uma consulta por família, por vez; e 4) apresentar o cartão da família como documento, na hora do agendamento das consultas.

Essas pré-definições, além de organizarem o trabalho local e em alguma medida favorecerem o acesso aos cuidados, funcionam também como contensores da entrada de usuários no serviço, num contexto em que este é mobilizado por uma demanda além da que pode imediatamente atender. Embora, mesmo em situações em que o atendimento seria possível, essas pré-definições podem ser acionadas pelo trabalhador não só para manter a organização estabelecida do serviço, mas como mecanismo de “controle e punição” de alguns usuários (sobretudo os que reagem às regras, o que se verá adiante), na medida em que as regras estabelecidas são eventualmente flexibilizadas.

Quanto ao horário de marcação das consultas, ao número de vagas, aos tipos de atendimento e ao modo de organização do agendamento, a rotina estabelece que: 1) os usuários devem permanecer na unidade até as 11h00min horas, quando será iniciada a atividade de marcação das consultas (a princípio independentemente da hora em que chegou a unidade e de sua condição de saúde); 2) o agendamento deve respeitar o número de consultas disponíveis para o período; 3) o agendamento deve ser feito conforme o calendário/agenda de atividades da unidade; 4) os próprios usuários devem certificar-se de quantos deles esperam pelo agendamento e 5) os usuários devem organizar-se em fila na hora de distribuição das senhas.

Para marcação da consulta o usuário deverá informar a quem se destina, qual o endereço do usuário a ser contemplado e o ACS responsável pela área em que este mora. Depois disso, o trabalhador responsável disponibiliza informações ao usuário sobre o dia, a hora e o atendimento agendado.

Os “encaixes” também se constituem em importante meio de acesso às consultas, e, para realizá-los sem agendamento prévio, os usuários devem apresentar alguns sinais e sintomas, como pressão arterial elevada, febre, vômito, diarreia e/ou dor pré-cordial. No entanto, tal possibilidade depende da avaliação das técnicas de enfermagem, a partir da qual se decide sobre a necessidade ou não de o usuário ser consultado pela enfermeira ou pelo médico da unidade.

Não há registros documentais na unidade estabelecendo como, quem, quantos procederão à atividade, nem sobre os aspectos a serem considerados na pré-consulta. Os registros nos prontuário contemplam essencialmente os dados de parâmetros vitais verificados.

Isso significa que os técnicos de enfermagem tomam importantes decisões sobre a abordagem de necessidades de saúde, as quais dependem, sim, das regras estabelecidas e disponíveis de atendimento, mas também dependem dos conhecimentos, responsabilizações e sensibilidades desse trabalhador.

Nas situações em que os usuários encontram-se agendados, eles são encaminhados aos consultórios dos profissionais após serem submetidos às ações da pré-consulta. Mas é na situação em que o acesso direto ou indireto ao médico não está garantido que ocorrem os maiores tensionamentos e conflitos decorrentes.

No registro de observação a seguir a usuária que utiliza o serviço para controle glicêmico, tenta realizar o procedimento em outros membros de sua família, mas não

consegue dada a pré-definição de que a solicitação só pode ser atendida mediante prescrição médica.

A técnica pede que a usuária entre na sala de pré-consulta. A usuária está acompanhada da neta e da nora. Ela solicita que elas também realizem o dextro. A técnica refere que não poderá realizar sem uma prescrição médica. A usuária diz que as familiares são da área do ESF, entendendo que o motivo da não realização era o fato de elas não residirem na área de abrangência. A técnica de enfermagem refere que tem que haver uma solicitação do profissional, porque a fita é cara. A usuária questiona afirmando que o marido dela fez o dextro sem prescrição. Parecendo não entender por que, no caso, o procedimento não poderia ser feito. Logo as familiares saem da sala sem questionar e o procedimento é finalizado.

Parte dos tensionamentos e conflitos decorrentes, envolvendo os sujeitos (trabalhadores e usuários e trabalhadores e trabalhadores), deriva das normas pré-estabelecidas (que funcionam como contensores), pois não são todos os usuários que se vêm contemplados em suas necessidades de saúde quando tais regras são aplicadas aos seus casos.

A despeito das pré-definições, sobretudo na marcação das consultas, há situações em que usuários trazem demandas que serão ou não contempladas pelo serviço (rompendo ou não em alguma medida as regras estabelecidas). Por exemplo, quando: a) moradores que não são da área de abrangência recorrem à unidade por se encontrarem na casa de familiares e/ou amigos; b) usuários demandam atendimento de mais de um membro da família, seja pelo estado de saúde ou por dificuldade manifestas em relação às idas e vindas à ESF; 3) usuários não podem comparecer no dia e hora pré-estabelecida etc.

Nessas e em outras situações semelhantes encontradas, o modo como os sujeitos trabalhadores e usuários colocam-se frente ao estabelecido é essencial na ampliação da abordagem de necessidades de saúde, ou seja, no rompimento das “redes” contensoras estabelecidas.

A problemática da marcação das consultas é ilustrada no registro de observação a seguir, em que é flagrante a restrição das possibilidades de expressão das necessidades de saúde pelos usuários e de obtenção de respostas a elas:

As consultas começam a ser marcadas. A fila se formou e logo ela começou a distribuição das senhas. Como sempre vem acontecendo, o número de usuários é maior que as fichas disponibilizadas. Alguns usuários iam se manifestar, com revolta, quando a técnica de enfermagem interrompeu e disse que antes deles se colocarem ela iria falar e depois eles poderiam se expressar. A técnica de enfermagem justificou que nem ela ou outra pessoa do posto poderia ser responsabilizada pelo fato. [...] Os funcionários não conseguem ter controle de quem chega e quando já se atingiu o limite. Reforça os compromissos que tem com a farmácia, com a vacina, com a sala de pré-consulta. [...] Diz que fica com dó da criança que está no braço da mãe desde as 07 horas manhã, e, portanto, os outros

também deveriam entender e respeitar a ordem para marcação das consultas. [...] Conforme a técnica vai falando aqueles que não conseguiram a senha iam aos poucos se retirando. [...] A técnica diz que basta de confusão. As consultas começaram a ser marcadas.

A dificuldade de atender a todos, em suas demandas, atinge não só os usuários e geram algum tipo de controle do conflito por parte do trabalhador, mas também instala um clima de mal estar que atinge a estes, somando-se a isso a dificuldade de lidar com o contraponto estabelecido entre direitos e necessidades do usuário e responsabilidades e possibilidades do serviço.

Aqueles que demandam atendimento e não são contemplados devido à inexistência de vagas para as consultas ou os que buscam ações que não correspondem ao calendário/cronograma de atividades da unidade, não terão a princípio assegurada a possibilidade de atendimento a suas necessidades de saúde.

No entanto, reserva-se uma peculiaridade aos casos de urgência/emergência, que apesar de não serem considerados de responsabilidade das equipes de Saúde da Família no município, não tem o seu atendimento negado no caso de o trabalhador constatar a gravidade do problema. A primeira avaliação é feita pelo técnico de enfermagem e, posteriormente pelo médico e/ou pela enfermeira da unidade. Nessas circunstâncias são executadas ações iniciais, após o que os usuários são conduzidos, em ambulância, para outros serviços, conforme a avaliação do caso e disponibilização do transporte pela SMS.

Também nessa situação temos a importante participação de outros profissionais não médicos e, em especial, da enfermagem, identificando e tecendo considerações sobre as necessidades de saúde vivenciadas pelos usuários, a depender de seu preparo para avaliá-las e, em alguma medida, para decidir sobre os cuidados necessários, bem como de sua responsabilização por esses sujeitos.

Além dos elementos contensores e/ou dos elementos propiciadores da abordagem das necessidades apontados, os trabalhadores e os usuários assinalam outros aspectos geradores de tensionamento e responsáveis pelo recorte das necessidades de saúde. Identificam que a falta de respaldo do sistema de saúde também inviabiliza ou não garante resposta a certas necessidades de saúde enfrentadas.

Tô querendo fazer transvaginal. Vou fazer particular. Porque de graça vai saber quando vai sair esse trem. Só ano que vem. Aí ano que vem se tiver que morrer já morreu (ENT.U.4).

E a minha filha tem problema também de adenóide. E já fez a consulta dela aí. Já pediram o encaminhamento para o otorrino. Só que até hoje. Que era até para ela fazer uma cirurgia que ela precisava. Mas até hoje. (ENT.U.10).

Os trabalhadores consideram que desenvolvem as ações necessárias e possíveis dentro do âmbito da ESF, mas são cobrados pelos usuários em razão das falhas na continuidade da assistência. Também evidenciam que para responder a necessidades de saúde de forma satisfatória necessitam dispor de certas condições de trabalho.

Depende também do sistema. Quando eu falo do sistema eu falo da questão do encaminhamento. É a questão da consulta especializada. Dos exames especializados. Por quê? Isso daqui sai, mas o retorno disso. E o retorno dessa consulta quando que volta. É a hora da insatisfação do nosso usuário. Então tudo isso é uma questão. Nós sim temos uma responsabilidade grande de atendimento. Devemos e podemos atendê-los bem com educação e respeito e garantir vagas para todos. Mas também a gente tem o nosso lado. Nós também precisamos de estrutura para trabalhar, equipamento, material, medicação, Então sem isso, também... Você pode fazer um trabalho maravilhoso o ano inteiro com aquele usuário. O dia que acabar o Captopril dele ele vai reclamar e ele tem razão. Toda aquela educação, aquele respeito, aquela consulta que ele teve direito, ele não vai enxergar, porque o Captopril dele acabou e ele vai ter que comprar e ele não tem dinheiro para comprar (ENT.P.4).

Destacam como parte das “redes” de contenções das necessidades de saúde a falta de retaguarda da rede de saúde municipal, os limites nas condições de trabalho local e os aspectos de organização do trabalho. Também são mencionados aspectos como: 1) escassez de profissionais médicos especializados na rede de saúde; 2) necessidade do psicólogo e assistente social na composição da equipe de saúde da família; 3) oferta reduzida de assistência odontológica para os que dela necessitam; 4) ausência de incentivos financeiros para a execução de atividades educativas; 5) dificuldade de acesso dos usuários à unidade e dos trabalhadores aos domicílios, pela localização da unidade; 6) infra-estrutura local deficiente e falta de determinados materiais na unidade; 7) excessivo volume burocrático de trabalho, principalmente da enfermeira; 8) número reduzido de profissionais, especialmente médicos; 9) dificuldade de acesso à ambulância para deslocamento de usuários a outros serviços; 10) dificuldade de efetivar a ação educativa e a constituição de novos grupos; 11) inexistência do conselho gestor na unidade e pequena participação das lideranças comunitárias; 12) necessidades de parcerias para realização de ações intersetoriais; 14) e outras.

Para ilustrar uma dessas ocorrências, cita-se no registro de observação a seguir um caso no qual um procedimento de curativo deixou de ser realizado, segundo justificou o

profissional responsável pelo atendimento, em decorrência das condições inadequadas de infraestrutura inadequadas.

A técnica de enfermagem pede a senhora e sua neta que a acompanhe na sala de procedimento. A senhora refere ao corte no pé na região calcânea da criança. [...] A técnica refere que não tem condições de realizar o curativo na unidade. Fornece gazes e orienta a mãe a lavar bem a ferida com água e sabão para retirar todo o pó de café. Usar um sabão de cozinha que ainda não foi utilizado. Proceder bem a limpeza com fricção na área próxima ao corte e no local da ferida retirar delicadamente os resíduos de pó de café. Depois dessa limpeza pode-se trazer a criança para verificação. [...] Não tarda a avó retorna com a criança para a unidade de saúde. [...] A técnica refere que depois de 6 horas não se faz mais ponto. Fornece Neomicina para que a mãe/avó possa realizar o curativo. A senhora sai com a criança ainda mancando sobre um pé só. Quando vai saindo percebe-se ejeção de sangue da ferida que se espalha pelo corredor. A técnica observa que está saindo sangue. Ela logo refere que a mãe deve levar a criança para o pronto socorro. [...] Ambas já estão saindo e vão embora. [...].

O excesso de trabalho considerado burocrático e a falta de dadas condições de infraestrutura são vistos como fatores impeditivos da realização de ações programadas (como coleta de CCO) ou consideradas importantes (como ações de promoção da saúde), interferindo na respostas das necessidades de saúde através de cuidados incorporados e outros a incorporar:

Primeira coisa. Coloque-me um gerente. Porque aí o enfermeiro fica com a questão do atendimento. Aí você trabalha. Porque aí você fica disponível para grupos. Você faz trabalhos extramuros. Porque queira ou não todos os dias chegam 3, 4, 5 papéis desses (referindo aos da secretaria). [...] Tem a questão de equipamentos que quebra. A demora de arrumar. Esse equipamento vai e às vezes não volta. Pedido de autoclave tem três anos que não tem. Pede. Pede. Não vê. Aí tem a questão estrutural. Quebra uma coisa. Quebra outra. Você tem que ir atrás correndo. Tem falta de água. Uma simples falta de água não se faz vacina. Então a vacina fica atrasada. E quem veio aqui hoje e não faz um CCO, porque como você vai lavar a sua mão. [...]. Eu sei que tudo não depende só da nossa boa vontade (ENT.P.4).

Quando se compreende a necessidade de mudança no modelo de atenção à saúde e a transformação das práticas de saúde entende-se que ela não se dá somente na dimensão propriamente técnico-assistencial (que diz respeito às relações estabelecidas entre os sujeitos das práticas e seus objetos de trabalho, mediado por tecnologias, orientados por uma finalidade que visa a satisfazer uma necessidade), mas também nas dimensões gerencial e organizativa (TEIXEIRA, 2003b).

A dimensão gerencial corresponde aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços, enquanto a dimensão organizativa diz respeito ao

estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, geralmente levando em conta a hierarquização dos níveis de complexidade tecnológica de produção do cuidado (TEIXEIRA, 2003b).

Nessa perspectiva ampliada é fundamental a conjunção de propostas e estratégias sinérgicas nas três dimensões para que se concretize uma transformação do modelo de atenção à saúde (TEIXEIRA, 2003b).

Dentro das propostas de mudanças no processo político-gerencial exemplifica-se a introdução de tecnologias de gestão que identifiquem as necessidades de saúde em uma perspectiva social e epidemiológica. Numa dimensão organizativa se requerem modificações nos diversos níveis de organização da produção dos serviços de saúde, e no estabelecimento das suas relações (TEIXEIRA, 2003b).

Cecílio (2001, p.119), tomando como analisador as necessidades de saúde, distingue uma integralidade “focalizada”, que deve ser concretizada a partir do esforço de cada um dos trabalhadores e da equipe como um todo e uma integralidade “ampliada” como fruto de articulação de cada serviço de saúde. Por integralidade ampliada entende uma:

Articulação em rede institucional, intencional, processual, das múltiplas integralidades focalizadas que, tendo como epicentro cada serviço de saúde, se articulam em fluxos e circuitos, a partir de necessidades reais das pessoas – a integralidade do “micro” refletida no “macro”; pensar a organização do “macro” que resulte em maior possibilidade de integralidade no “micro”.

O autor observa que a integralidade não se dá apenas em um local, seja porque as várias tecnologias estão distribuídas em uma gama de serviços, seja porque a melhoria das condições de vida e saúde é tarefa de um esforço intersetorial e envolve, portanto, vários sujeitos-usuários, trabalhadores e gestores de saúde.

Identificam-se pelo menos três conjuntos de sentidos do princípio da integralidade. O primeiro se refere a atributos das práticas dos profissionais de saúde, sendo valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática, o segundo refere-se a atributos da organização dos serviços de saúde e o terceiro, aplica-se à abrangência das respostas governamentais aos problemas de saúde (MATTOS, 2004).

Assim, os serviços de saúde da ESF devem participar da produção do acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, da articulação das ações assistenciais promocionais e preventivas e de uma abordagem de sujeitos e não de objetos para maior possibilidade de resposta as necessidades de saúde dos usuários.

O que se quer é chamar a atenção para o fato de que apesar de neste estudo eleger-se a dimensão técnico-assistencial na abordagem de necessidades de saúde, no âmbito das ações privilegiadas na ESF em Cuiabá, esta não se desarticula das demais dimensões modelares. A resposta a amplas necessidades de saúde dos usuários requer a confluência de vários processos, saberes, setores e sujeitos. Não é possível responsabilizar apenas uma equipe e/ou sequer apenas um trabalhador por respostas a amplas necessidades de saúde expressas pelos sujeitos nos serviços de saúde, neste caso na Estratégia Saúde da Família.

Coerentemente com essa interpretação modelar, identifica-se um conjunto de aspectos político-gerenciais, organizativos e de estrutura do trabalho, permeados pela ação dos sujeitos envolvidos, que, tal como as normas, rotinas e critérios assistenciais estabelecidos e mobilizados ou não pelos trabalhadores, conformam as possibilidades de expressão, apreensão e resposta a necessidades de saúde das pessoas. Esses contensores, que geram constantes tensionamentos para usuários e trabalhadores, funcionam como “redes” no processo de afunilamento ou seleção de necessidades de saúde, que permitem ou não que certas necessidades sejam expressas, apreendidas e respondidas, e que, como se verá ao longo da discussão, provocam diferentes reações, particularmente conflitos e estratégias de superação, com repercussões tanto para usuários como para trabalhadores e para a qualidade do encontro assistencial.

Como explicitado, grande parte dos tensionamentos em torno da abordagem de necessidades concentra-se em torno das ações de recepção do usuário pelo trabalhador, quando ocorre um importante crivo ou seleção de necessidades a serem consideradas pelo serviço, atrelado à solicitação da tecnologia de consulta médica privilegiada pelo serviço e demandada pelos usuários.

Essa característica revela a lógica de organização do processo de trabalho na ESF estudada, na qual predomina a centralidade do trabalho médico direcionado ao atendimento clínico-individual e curativo de processos orgânicos comprometidos.

Para ampliação do acesso e da qualidade assistencial e relacional nos serviços de saúde da ESF, autores que têm debatido a questão vêm apontando o acolhimento como uma estratégia tecnológica importante.

Para Santos et al. (2007), o espaço da recepção funciona como predecessor do processo de estabelecimento das relações, configurando um contexto privilegiado de acolhimento. Aprofundando-se mais na questão Franco, Bueno e Merhy (1999) concebem que o acolhimento funciona como um dispositivo desencadeador de ruídos e estranhamentos sobre

os vários momentos nos quais o serviço constitui seus mecanismos de recepção aos usuários. Ao gerar ruídos e estranhamentos, pode-se revelar uma dinâmica instituidora que se abre a novas linhas de possibilidades, permitindo a introdução de modificações no cotidiano do serviço em torno de um processo usuário-centrado. Para os autores, o acolhimento é capaz de reorganizar o processo de trabalho em saúde e modificá-lo radicalmente.

Também interferem na abordagem de necessidades outras características da organização do trabalho na ESF, tais como: certa divisão de tarefas e competências entre os trabalhadores, flexibilizadas ou não em dados momentos; e a inexistência de um trabalho em equipe efetivamente integrado.

No processo de recepção adotado na ESF estudada destaca-se o trabalho do vigia, da recepcionista, das técnicas de enfermagem e da enfermeira; o médico permanece na retaguarda e não participa diretamente da ação receptora dos usuários e da abordagem inicial de suas necessidades de saúde.

O vigia, responsável pela abertura da unidade é quem estabelece o primeiro contato com o usuário, cabendo-lhe a organização e distribuição das senhas para o agendamento posterior da consulta, numa tentativa minimizar dos conflitos que se manifestam em torno do processo de recepção.

Verifica-se nos registros de observação apresentados a seguir, que o trabalhador responsável pela vigilância/segurança e outros agentes da unidade executam atividades que não são de sua competência, realizando determinadas ações em resposta a necessidades manifestas:

Usuários procuram medicamento na farmácia. A usuária vai à recepção e pergunta quem atende na farmácia. A recepcionista pergunta se não tem ninguém lá. A usuária refere que não e fica aguardando. Outro usuário aproxima-se e vê que não tem ninguém na farmácia; dirige-se à recepcionista que refere que a entrega de medicamentos é na farmácia. Os usuários ficam aguardando alguém para atendê-los até que o vigia entra na farmácia e despacha os medicamentos.

A digitadora entrega envelopes de soro oral para uma usuária. Interrogo o caso da usuária e se há alguma prescrição. Ela me diz que conversou com a recepcionista e que a mulher está com diarreia. Como o medicamento não tem “contra-indicação” foi orientada a fornecer a usuária.

É a recepcionista que direciona os usuários a outros setores da unidade e “define” o profissional a quem eles devem recorrer. Como não é sua atribuição essa triagem dos usuários, esse fator gera situações de conflitos com outros trabalhadores.

No registro de observação, explicita-se a intervenção inicial estabelecida pela recepcionista gerando um conflito na equipe:

Uma senhora procurou atendimento no dia específico para a gestante. A recepcionista informava que o atendimento médico estava direcionado, portanto, para a assistência pré-natal. A senhora apresentava-se dispnéica, face de cansaço abatimento. A profissional chegou de entrar no consultório médico relatando o caso da usuária e que não era dia específico de atendê-la. Comunicava o médico como um pedido de aval. [...] Quando sai do consultório observei que as técnicas avaliavam a usuária. Recorrendo ao médico para atendimento. E assim foi feito. [...] A discussão se estendeu por dias pelo fato da recepcionista quase ter tomado uma decisão precipitada de mandar à usuária embora. Dizem não se tratar da primeira vez que isso acontece. Foi insistentemente reforçado que ela não tem competência técnica para tal e deve sempre repassar o caso para as técnicas de enfermagem. Trata-se de uma conduta que pode levar a conduções precipitadas e colocar em risco a saúde das pessoas.

Às técnicas de enfermagem é atribuída a importante tarefa de certificação do que as pessoas trazem como necessidades de saúde à unidade e, então, direcioná-las às ações cabíveis e aos profissionais competentes. Estas também definem ou redefinem rotinas de acesso ao atendimento, priorizando determinados usuários e interferindo no processo instituído. É o que apreende-se neste registro de observação:

Na sala de pré-consulta a técnica de enfermagem levanta a discussão de quem deveria ser atendido primeiro. Acredita que a sequência de atendimento deve ser definida por idade e não por ordem de chegada. Mas está há pouco tempo no local e as coisas já estão estabelecidas. Sua decisão, porém foi organizar por idade e não por ordem de chegada o atendimento, como vinha acontecendo. Com isso, os usuários que chegaram primeiro estranharam a demora de seus atendimentos. A técnica diz que não discutiu com a equipe, mas a seu ver esses usuários devem ser priorizados.

Nessa atividade, os técnicos de enfermagem encaminham necessidades de saúde majoritariamente para a consulta médica, as quais deveriam ser registradas em sua totalidade e articuladas ao trabalho de toda a equipe.

A situação descrita no seguinte registro de observação explicita a expressão e naturalização de necessidades de saúde pertinentes a diferentes âmbitos da vida de usuários, físico, social, emocional e cultural, enquanto na situação assistencial não só se privilegia apenas o registro de dados clínicos tidos como importantes para a consulta médica como também necessidades de outras ordens:

A técnica de enfermagem chama a usuária que se encontra na recepção. Afere a pressão e pede que a mesma suba na balança. Ela fica ansiosa para saber o valor, porque já pesou em outros lugares e eles variam. Da última vez que aferiu o peso constatou um aumento de 500 gramas e mostrava-se visivelmente incomodada. Ela

informava que havia tido um ganho de 10 kg em apenas um 01 ano. Dizia estar preocupada, principalmente porque estava comendo muito. Quando ficava ansiosa a ingesta calórica aumentava ainda mais. Percebia estar comendo compulsivamente. Quando a técnica de enfermagem refere o valor atual mostra-se novamente surpresa e preocupada, porque em relação a última vez que pesou houve um aumento de aproximadamente mais 2 kg. Atualmente está pesando 65,4 kg. Ao término dos registros a usuária pergunta se é somente isso. A técnica refere que sim. E solicita que a usuária aguarde o chamado médico para consulta.

O que se considera importante registrar para a realização do acompanhamento da saúde-doença do usuário atendido condiz com o modelo de organização predominante do trabalho local, dando-se mais ênfase aos dados clínicos.

Muitas necessidades de saúde expressas aos técnicos de enfermagem não são manifestas a outros profissionais da unidade, motivo pelo qual se reforça quão indispensável é a sua consideração e a comunicação escrita e verbal a respeito delas entre os profissionais, para o melhor encaminhamento das respostas a tais necessidades de saúde.

Em algumas situações de impasse, ou seja, quando as técnicas de enfermagem, especificamente, indagam se as necessidades de saúde expressas pelos usuários devem ser encaminhadas ao médico e ou à enfermeira, recorrem especialmente à enfermeira, que na ESF é responsável pela supervisão do trabalho realizado pelos agentes de enfermagem e por outros trabalhadores, e pela orientação de suas condutas e sobre a utilização de protocolos elaborados.

Na unidade da ESF Flor de Cactus a enfermeira também assume a tarefa de contensão e ampliação de respostas às demandas dos usuários, num cenário em que, diariamente, vários deles tentam acessar o serviço local e, em razão dos limites deste, diferentes formas de contensão são adotadas pelos diversos trabalhadores.

Para o encaminhamento de usuários à enfermeira, também há regras ou condições definidas, como a sua disponibilidade da profissional no momento, a complexidade do caso, a ausência do médico, nas situações que extrapolam a competência profissional dos técnicos de enfermagem, quando há alta demanda de usuários à unidade, dentre outras.

No registro de observação que segue verifica-se a solicitação e a atuação da profissional enfermeira num caso avaliado no dia anterior pela técnica de enfermagem.

A enfermeira é solicitada a intervir em uma criança com monilíase na cavidade bucal. No dia anterior um familiar da criança veio até a unidade e conversou com a técnica de enfermagem, sobre o caso da menina. Na ocasião a técnica disse que a criança teria que passar pela consulta médica ou de enfermagem, porque poderia tratar-se de uma estomatite. A mãe veio até a unidade com o RN. A enfermeira foi solicitada pela técnica de enfermagem a intervir no caso. A profissional pediu que a mãe colocasse a criança no leito, observou a cavidade bucal e constatou que se

tratava de monilíase. Solicitou Nistatina. Depois o conta-gotas. Em seguida uma espátula. A criança tinha fixado a roupa um acessório que serve para morder. A enfermeira dizia à mãe que era para tomar cuidado. Que olhasse o acessório já estava em cima da maca, daqui a pouco tá no chão e a criança põe na boca. Que tinha que tomar cuidado senão sempre haverá o surgimento desse problema. Com os materiais a mão olhou a cavidade bucal da criança. A enfermeira limpou com gaze umedecida com Nistatina oral e depois com o conta-gotas introduziu mais Nistatina. Fazia uma limpeza na cavidade bucal da criança. Disponibilizou o medicamento e o conta gotas a mãe a orientando como ela deveria fazer em casa [...].

A solicitação de interferência da enfermeira ou de sua participação na realização de um atendimento ocorre em diferentes momentos e em diferentes espaços da unidade, como em seu consultório, no corredor ou na sala de pré-consulta. Essa prática, em alguma medida, amplia as respostas do serviço aos usuários.

O modo pelo qual a enfermeira aborda as necessidades de saúde é reconhecidamente diferenciado e valorizado por alguns usuários e profissionais da equipe.

Para falar a verdade, muitas vezes você é mais bem atendido pelo enfermeiro do que pelo próprio médico. Eles te dão até mais atenção. Porque lá geralmente a criança passa primeiro pela mão do enfermeiro. Conversa. Examina. Olha. Especula bastante. Conta como foi o dia a dia. Então tem muita coisa que o médico diagnostica de um jeito e o enfermeiro de outro. Não sei a outra que ficou no lugar dela. Mas ela era uma doutora maravilhosa. Ela pesquisa o lado da criança. Vê a vida. Que é muito raro. Uma doutora querer saber da vida, do dia. O que a criança sentiu, como dormiu, como que come (ENT.U.5).

Dentro do CCO, dentro do CD e dentro após o pré-natal tinha muitas gestantes e mães que não queriam que não fosse... Tivesse só com a enfermeira. Não queria médico. Até porque a gente tinha mais tempo disponível para ouvi-las. Quer queira, quer não. A consulta de enfermagem é de mais qualidade. Ela é uma consulta mais humanizada, porque a gente tem mais tempo para o usuário. Ah, o médico não tem tempo. Tem sim. Se ele quisesse claro que tem. Então assim... Eu acho que a gente tem assim... Acho que é isso (ENT.P.5).

Dúvidas que eles têm sobre o atendimento de saúde. Determinados casos de doenças que eles por ética preferem conversar com a enfermeira. Não quer passar pelo administrativo. Exemplo contraiu uma doença. Uma DST. A enfermeira faz uma parte um pouco social também. Vou conversar para ver o que ela pensa e o que devo fazer. Não é o assistente social que tem que resolver esses problemas, conversar, falar. Então eu acho que a enfermeira faz um pouco de serviço social (ENT. P.5).

Em outras situações, porém, há usuários que temem a possibilidade de substituição do atendimento médico pelo da enfermeira.

Ah não sei. Tinha cisma de passar por não ser uma pediatra mesmo. Aí passava elas na policlínica mesmo. Tem médico lá. Tem pediatra? Não tem. Lá na policlínica perguntava. Tem posto? Tem posto tem. Mas não tem médico. As pediatras de lá mesmo aconselhava não passar. Pode dar algum remédio errado. Alguma coisa. Ela é formada. Tudo. Mas não da para confiar. Eu não passava não (ENT.U.5).

Observa-se que nem sempre as competências legais do enfermeiro são conhecidas e consideradas, tanto que, na ESF Flor de Cactus, atribuem-se condutas a enfermeira da unidade que não são de sua alçada, atribuição esta que ocorre tanto por parte dos trabalhadores da equipe quanto por parte dos usuários.

Pressionada pelas demandas, entre outras razões, essa profissional assumia, por vezes, responsabilidades que não eram encarregadas a ela, e procurava respondê-las. Avaliando o comprometimento da legislação que a ampara, a enfermeira encaminhava as demandas para o médico e/ou, na ausência deste, orientava o usuário a procurar a unidade de referência, ou, como ilustra o registro de observação que segue, sugeria e disponibilizava uma dada medicação:

Uma menina que estava com febre, referiu dor de garganta. Foi realizada a prova do laço, que deu negativo. A enfermeira diz que o médico não está na unidade e que não prescreve para crianças com a sua idade. Ela então deveria tomar Paracetamol para febre e ingerir bastante líquido. Caso as dores piorassem deveria procurar a policlínica. A menina acompanhada da mãe pegou a medicação e foi embora.

A maior parte da demanda de solicitação por atendimento é encaminhada para o médico, que se mantém na retaguarda e não participa do contato inicial com o usuário, momento este no qual se decide sobre a sua entrada. Desse modo, o profissional fica, de certa forma “protegido” de grande parte dos conflitos. Seu trabalho é majoritariamente centrado nas consultas, tarefa essa que, entretanto, é reforçada pela equipe.

Na ESF Flor de Cactus, a ausência do médico comumente imprime um cunho de não funcionalidade ao serviço. Os usuários, nessa situação, são orientados a retornar à unidade em outro período ou encaminhar-se a outro serviço, decisão tomada a partir da situação clínica do usuário. No registro de observação a seguir, essa ausência constitui-se em fator decisivo para se desconsiderar as necessidades de saúde de uma usuária:

Observo uma senhora e seu filho na sala da recepção. Ela parece muito abatida, cansada e olhar cabisbaixo. Relata-me que esteve em observação no Pronto Socorro por problemas respiratórios. O médico do hospital informou que ela deveria procurar a UBS para a realização de aerossol. Quando direcionei o meu olhar novamente para a senhora que aguardava a técnica de enfermagem as mesmas já estavam conversando. A profissional dizia que não tinha médico naquele período e ela e a criança teriam que retornar à tarde. Naquela situação ela viu que não poderia ser atendida. Disse apenas que morava longe e foi embora com o filho.

Franco, Bueno e Merhy (1999) defendem que o processo de trabalho do médico não vem se modificando a ponto de causar impacto na assistência, permanecendo articulado à consulta. Essa atividade, por sua vez, em razão de sua hegemonia no âmbito da saúde, organiza o trabalho dos demais profissionais.

A organização parcelar do trabalho coletivo em saúde fixa os trabalhadores em uma determinada etapa do projeto terapêutico, permitindo que o profissional de saúde aliene-se do próprio objeto e dos resultados do trabalho. Como não há interação entre os membros da equipe, também não há efetivo compromisso com o resultado de cada e de todo o trabalho desempenhado (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999), indo de encontro ao que preconiza uma prática cuidadora e acolhedora, na qual se garante a ampla satisfação das necessidades de saúde.

Takemoto e Silva (2007) apontam que o trabalho desenvolvido na perspectiva do acolhimento é complexo, complexidade essa relacionada especialmente à exigência do trabalho em equipe, à necessidade de comprometimento do trabalhador com o usuário e o sofrimento que subjaz à responsabilidade de ter que acolher e/ou dar resposta a necessidades de saúde dos usuários.

Assim, ressalta-se que é imprescindível investir nos vários trabalhadores para que eles atuem como equipe integrada e tomem por objetivo comum do grupo a realização de práticas cuidadoras e acolhedoras e abordagem adequada de necessidades de saúde, levando em consideração sua diversidade e abrangência.

A noção de equipe não pressupõe que sejam abolidas as especificidades do trabalho de cada profissional de saúde, mas refere-se à articulação e integração entre os diferentes processos de trabalho. Essa articulação é necessária para a integralidade das ações de saúde e exige a atuação consciente de sujeitos dispostos à integração (PEDUZZI, 2002, 2001).

Simultaneamente à articulação das ações e à interação com os demais profissionais em saúde, o trabalhador de saúde precisa exercer certo grau de autonomia e responsabilizar-se plenamente pela sua intervenção (PEDUZZI, 2002, 2001).

Como percebe Peduzzi (2002) é necessária a reorganização das práticas em saúde, a integração do caráter interdisciplinar do conhecimento, assim como, a qualificação do trabalhador de saúde, tanto na dimensão técnica especializada, quanto na dimensão ético-política, comunicacional e inter-relacional.

Em síntese, nessa perspectiva, que conforma uma abordagem mais ampla das necessidades de saúde, despontam entre as urgentes mudanças no processo de trabalho em saúde: o estabelecimento do trabalho em equipe, o redimensionamento da autonomia profissional, a articulação dos conhecimentos oriundos das várias disciplinas e uma maior qualificação do profissional.

Sabendo-se que a equipe de trabalhadores da ESF participa da apreensão, recusa ou resposta a necessidades de saúde, ainda que de diferentes formas, é importante o investir no seu preparo, sensibilização, mudança de valores e produção de responsabilização, enquanto equipe, para que este possa assumir tais tarefas considerando os direitos dos usuários tomados na totalidade de sua existência.

Para produção do acolhimento deve investir-se em toda a equipe de saúde. Takemoto e Silva (2007) interpretam o acolhimento como uma prática de todos os trabalhadores, com potencial de reorganização do processo de trabalho, numa perspectiva comprometida com as necessidades de saúde.

Para Franco e Merhy (2003, p.116), não é a mudança na forma ou estrutura de um modo médico-cêntrico para outro, por si só, que garante uma nova lógica finalística na organização do trabalho:

É preciso mudar os sujeitos que se colocam como protagonistas do novo modelo de assistência. É necessário associar tanto novos conhecimentos técnicos, novas configurações tecnológicas do trabalho em saúde, bem como outra micropolítica para este trabalho, até mesmo no terreno de uma nova ética que o conduza. E, isto, passa também pela construção de novos valores, uma cultura e comportamento pautados pela solidariedade, cidadania e humanização na assistência.

Os autores valorizam a necessidade de produção de uma nova postura pelos trabalhadores em relação aos usuários, re-centrando a finalidade de seus trabalhos e disparando novos processos coletivos de subjetivações no interior das equipes (FRANCO; MERHY, 2003).

Um dos pressupostos para a efetivação dessa mudança é tornar os trabalhadores e usuários sujeitos do processo, conduzindo-os para o reconhecimento de que se encontra na fonte do desejo a energia motora capaz de produzir o instituinte, de enunciar e construir o novo, ressignificando o modo de se fazer o cuidado (FRANCO; MERHY, 2005).

Nos processos de subjetivações pode haver entre os sujeitos desejos/interesses por vezes divergentes e conflitantes. Os conflitos e sofrimentos gerados em torno da questão, envolvendo trabalhadores entre si e trabalhadores e usuários, devem ser compreendidos pela equipe em suas origens e potencialidades e adequadamente trabalhados.

Várias são as situações no serviço em que os seus trabalhadores se utilizam de medidas controladoras, do que gera conflito ou ruído em face do que está estabelecido, particularmente quando as questões apresentadas não se encaixam nos esquemas

estabelecidos nem espaços permeáveis. Essas medidas controladoras também atuam como contensores.

Na unidade Flor de Cactus são várias as práticas adotadas pelos trabalhadores para evitar ou eliminar esses ruídos, tais como abordagens julgadoras, punitivas e controversias, ora mantendo-se o estabelecido ora refutando-o.

Dependendo de como se estabelecem as relações, estas favorecem um olhar antecipado - de pré-julgamento – dos trabalhadores sobre os usuários e certo controle sobre a situação, interferindo no reconhecimento das necessidades apresentadas por aqueles que procuram a ESF.

Não raramente vê-se que, a despeito das regras e mecanismos de contenção, esses usuários tentam de algum modo ter acesso a unidade, e, em muitos desses casos, ocorre o tal julgamento do usuário, com os trabalhadores reafirmando as regras punitivas, como ilustrado neste trecho de um registro de observação:

Uma usuária quase no final da manhã chega com o filho que havia marcado consulta. A recepcionista refere que ela (a mãe) chegou tarde porque o médico já havia atendido 02 encaixes e não poderia mais atendê-la. Questiona por que ela não veio mais cedo. Refere que a usuária tá até com o pé fofo de tanto andar. Ela diz que estava envolvida nos afazeres de casa. A técnica orienta que a usuária venha no período da tarde. A mesma não questiona e diz que lá estará. A recepcionista diz “quem tá doente não chega essa hora”.

Outra situação desconfortável pode ser verificada no registro de observação seguinte, ao terem sido os trabalhadores da unidade convocados para prestar atendimento num feriado, em decorrência da epidemia de dengue que acometia o município. Uma usuária, sabendo disso, procurou pelos serviços, mas foi criticada pela trabalhadora, que não se portou de forma acolhedora em decorrência das supostas tensões que aquela acostumava desencadear na unidade.

Este dia tratava-se de um feriado nacional. Dia de Tiradentes. A unidade abria para o funcionamento, segundo ordem da SMS, em decorrência da epidemia de dengue no município. Chego à unidade por volta de 07h05min da manhã e comigo o vigia responsável pelo período matutino. No local já aguardavam uma mãe, com um recém-nascido e uma criança de 04 anos. Converso com elas e a mãe me refere que o recém-nascido veio para vacinação. Logo depois chegam mais duas mulheres, sendo que uma estava com uma criança de colo. As duas técnicas de enfermagem chegam à unidade em torno de 07h20min da manhã. Uma delas já questiona o que “esse povo tá fazendo aqui”. Pergunta para o primeiro caso, porque ela veio à unidade sendo que hoje não tem consulta. A unidade estará atendendo exclusivamente casos de dengue. A mãe refere que veio trazer o filho para vacinar. A técnica fala para ela não ter pressa. Que

pode ficar sentada, porque vai ter que colocar a vacina para “gelar” e somente depois realizará o procedimento. Explica que ela pode esperar. A mãe aguarda na recepção. A técnica me explica que essa mãe e a irmã dela adoram dar “bafão” no posto.

É comum o usuário ser responsabilizado pelo problema, em função do estilo de vida por ele adotado e a partir do que se justifica o não atendimento das necessidades de saúde expressas.

O registro de observação que segue focaliza uma situação na qual um usuário dirigiu-se a unidade ESF para aferição a pressão arterial, que julgava estar elevada. Constatada tal alteração, a técnica de enfermagem atribui o problema ao uso de bebida alcoólica, e pediu-lhe para retornar em outro período a fim de que fossem realizados os procedimento de controle:

Um senhor chega à unidade referindo pressão alta. Após a aferição é constatado 140x90 mmhg. O usuário afirma ser hipertenso. Em episódio recente sentiu a “vista turva” parecia que “rodava”. Teve que se apoiar para não cair. Refere que ficou preocupado. E não sabe ao certo se era pressão ou uma gripe que “está ainda curando”. Refere que faz uso de medicação e naquele dia pela manhã já havia tomado. A técnica de enfermagem faz um gesto informando que o usuário bebe. “Ele bebe oh”. [...] Ela pergunta se ele não bebeu. Ele diz - o remédio?. Bebi. Mas na verdade ela estava se referindo a bebida alcoólica. Ela diz para ele retornar depois para ver a pressão novamente. Caso permaneça alta deverá marcar uma consulta. O usuário sai.

As punições podem ser utilizadas para evitar os ruídos e interferem na apreensão e resposta a necessidades de saúde pela equipe de trabalhadores. O registro de observação a seguir configura uma situação na qual ocorreu a aplicação de normas pré-definições em um julgamento do comportamento do usuário, considerado inadequado pela trabalhadora, resultando na não apreensão e resposta a uma demanda do usuário.

A criança acompanhada da mãe e da avó vem até a ESF para consulta médica. Mãe informa febre no dia anterior. A técnica de enfermagem informa os critérios para atendimento. Somente em casos de febre, vômito e diarreia se a criança as estivesse apresentando no momento. A mãe e a avó ficam extremamente irritadas porque nunca recorrem à unidade e quando precisam não podem ser atendidas. Refere que não há febre naquele momento, mas a noite a criança estava febril. [...] Quando observo já há troca de agressões verbais entre a profissional e as usuárias. [...] As usuárias se retiram extremamente irritadas. A técnica de enfermagem justifica que deve seguir as normas e a criança nunca comparece ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. E, portanto, não deveria se dirigir dessa forma a ela ou qualquer outro profissional na unidade [...].

No registro de observação a seguir, outra situação descreve que a não informação da usuária pelo serviço do adiamento da consulta gerou uma série de conflitos, com repercussões

para ela e a trabalhadora. A postura da primeira foi criticada pela desta última, que se colocou em posição de defesa:

A usuária e a recepcionista se agridem verbalmente mutuamente. Tento me situar qual é o motivo do conflito. Ouço referências como “Porque não avisa a gente”, “Não tem como eu te avisar”, “Você que tem que vir aqui saber”, “Ela tava de férias”, “Insuportável”, “Porque que não avisa a gente”, “Você não está contente com seu trabalho saia” e “Você que se não quiser voltar”. O conflito é exaltado. O tom de voz elevado. A discussão é presenciada por outros usuários e colegas de trabalho. A usuária após a discussão sai visivelmente com raiva com sua filha no colo. A recepcionista também visivelmente nervosa começa a socializar a raiva com os colegas [...] Logo após a saída da usuária a recepcionista persistia dizendo que a usuária era uma insuportável, que não aceitaria desaforo de usuários. Que essa cliente em outras situações já havia humilhado outras pessoas, inclusive a ACS que naquela ocasião não reagiu e depois chorou copiosamente. A recepcionista alegava que hoje a usuária mexeu com a pessoa errada que não ia levar desaforo. Que trata todos com educação e não admitiria aquelas ofensas. Referia que a usuária vinha de casa, que não faz nada e quer que a comunique das mudanças nas consultas [...].

Verifica-se o que aqui se denomina de dupla posição dos profissionais frente às regras da unidade. Apesar de as regras da unidade serem aplicadas a muitos usuários, e de serem afirmadas punitivamente para alguns deles, elas também são refutadas pelos trabalhadores em algumas situações, o que também gera conflitos.

No atendimento, um fator gerador de conflito corresponde à diferença de interpretação do que é um problema para o usuário e para o profissional médico. No registro de observação seguinte temos uma situação conflituosa, que foi agravada particularmente quando cada uma das partes envolvidas resolveu insistir em sua interpretação:

Usuária relata tosse e febre. Fala em tom de voz muito baixa e parece-me bastante cansada. Realmente está com respiração mais curta. O médico faz ausculta pulmonar e diz que não observa alterações. Ao sentar-se de volta na cadeira do consultório o médico diz que a senhora estava acima do peso. A partir daí se desencadeia uma série de emoções. A mulher sente-se entristecida e diz diretamente ao médico que toda vez que ela vai a consulta ele somente sabe dizer que ela está acima do peso. Que ela já está cansada. Recorre a policlínica fica horas e não é atendida. Quando é atendido sempre é informada que deveria procurar a unidade de referência no bairro. Diz que sempre tenta consulta na unidade, mas nunca consegue. As pessoas nunca levam a sério o que ela fala. A usuária fala e chora visivelmente sentida. Levanta-se da cadeira e parece estar decidida a sair da sala e ir embora. O médico pede desculpas por ter referido ao peso. Não era intenção magoá-la. Disse por que esse é um dos fatores de risco para hipertensão, diabetes e outras sérias doenças. A mulher mostra-se inconformada. Não sabe nem como foi atendida hoje nesta unidade. Sente-se cansada, com falta de ar e desconsideram a sua fala. Diz que se procura o médico é porque realmente precisa. Não estaria ali se não fosse por essa circunstância. Precisou afastar-se do serviço e eles também não entendem. O médico informa que isso não será problema, pois fornecerá um atestado para a usuária. Pede para que ela se acalme. Que ela não precisa ficar chateada, por que o usuário para ele sempre tem razão. Pede para examiná-la de novo e não observa realmente nada de alteração na ausculta pulmonar. Diz que os níveis pressóricos estão adequados.

Ausculta cardíaca dentro dos padrões de normalidade. Pergunta se ela tem passado alguma contrariedade durante esses dias e ela diz que não. Peço que ela se sente e fique calma que eu vou buscar água a ela. A mulher senta e permanece chorosa. O médico diz que ela deverá fazer nebulização, devido ao relato de tosse. E questiona se ela usaria um fitoterápico para ficar mais calma. E a usuária concorda que sim. O médico procede a prescrição medicamentosa e fornece o atestado a ela. Como tratava-se de dois dias de ausência no trabalho, o médico teria que apontar um diagnóstico no atestado. A informou que emitiria um atestado declarando virose. A usuária em determinado momento relatou muita preocupação com a possibilidade da gripe H1N1. O médico perguntou se ela foi para alguma área fora do Brasil. Ela disse que não, mas a doença estava se espalhando. Primeiramente foi o marido que trabalha na construção civil que ficou com gripe e depois ela. Parecia bastante preocupada com essa possibilidade e mediante a corrida pelos serviços de saúde e não resolutividade, a preocupação somente aumentava. Ao final da consulta quando a usuária já estava quando se ausentando do consultório, a usuária relatou algo sobre pressão arterial elevada. O médico perguntou se ela era hipertensa. Ela disse que sim. O médico parecia não saber dessa informação. Disse então a ela que deveria utilizar o medicamento prescrito e continuar com a medicação de hipertensão. A usuária saiu da sala ainda com lágrimas nos olhos.

O usuário entendeu que sua necessidade encontrava-se dentro de outro campo de abrangência e desejava vê-la considerada conforme a sua acepção. E isso remete à importância do diálogo na abordagem de necessidades. Ora, quando são estabelecidas relações mais aproximadas entre os trabalhadores e usuários, isso pode ser decisivo para a consideração do que é expresso como sendo uma necessidade de saúde.

Nessa perspectiva, temos que, de um lado, o profissional deve fugir da “comodidade” de estar realizando a conhecida e segura parte técnica do trabalho e, do outro, o usuário deve reinvestir energias e confiança num convite novo, mas desejado para a relação. Esse movimento será mais facilitado quanto maior for a certeza de que o outro também o fará (AYRES, 2004b).

Vê-se que a lógica médico-centrada organiza predominantemente as ações nos serviços de saúde e, na Estratégia Saúde da Família, promove a contensão e tensionamento na abordagem das necessidades de saúde. As regras estabelecidas, a estrutura de organização da rede de saúde, as condições locais, a organização do trabalho e os modos de se colocar dos sujeitos podem operar maiores ou menores possibilidades de expressão, apreensão e resposta a elas. Distender e/ou romper como o estabelecido será a tentativa de enfrentamento das contensões como ver-se-á a seguir.

4.3 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DAS CONTENSÕES: EXPRESSÃO E ABORDAGEM OPORTUNAS DE NECESSIDADES, ATENÇÃO A NECESSIDADES NÃO EXPRESSAS, INTERMEDIÇÃO COM OUTROS TRABALHADORES,

SETORES E A COMUNIDADE NA RESOLUÇÃO DE NECESSIDADES E FACILITAÇÕES DECORRENTES DO VÍNCULO E MAIOR PROXIMIDADE ESTABELECIDOS ENTRE TRABALHADORES E CERTOS USUÁRIOS

Apesar de a lógica organizacional do serviço local (que reflete a lógica do setor) exercer grande influência sobre os processos de abordagem das necessidades de saúde dos usuários, a participação destes sujeitos e dos trabalhadores neste processo delineia muito de seus contornos no encontro assistencial. Ou seja, as “redes” contensoras tensionadas atuam de forma mais ou menos flexível, permanecendo inalteradas ou sendo substituídas pelas ações dos sujeitos, de modo a possibilitar ou não uma abordagem mais abrangente de necessidades de saúde.

Trabalhadores e usuários, sobretudo a partir de uma sabedoria prática (embora não só), interferem em alguma medida no “estabelecido” podendo redefinir e/ou incluir novos modos mais ou menos favoráveis de lidar com a questão em foco, ainda que a lógica restritiva centrada na clínica médica permaneça. No encontro assistencial relacional, os trabalhadores exercitam certa autonomia de que dispõem e, com base em vários elementos, tomam decisões mais ou menos favoráveis à incorporação e resposta a necessidades de saúde. O projeto de trabalho que têm em mente, orientado por necessidades sociais, aspectos relacionais e posicionamentos éticos, direciona o recorte de necessidades de saúde a serem consideradas (que se tornam objetos de trabalho), de forma articulada a tecnologias tradicionais disponíveis, reconhecidas e valorizadas.

Como dito anteriormente, no processo de trabalho, a face tecnológica do processo de transformação é permeada pela interação estabelecida entre os sujeitos, compondo uma dimensão relacional, comunicativa e ética, esta vinculada à primeira (PEDUZZI, 2007).

Peduzzi (2007), apoiando-se em Marx, Habermas e Schraiber et al., aborda a atividade em si – o trabalho em saúde – e as conexões que aí se estabelecem, entre os sujeitos. Ademais, assume a perspectiva de que o trabalhador cria inovações em todo ato prático, ao mesmo tempo em que reitera a técnica naquilo que ela tem de estabelecido. Destaca, portanto, o que se identifica neste estudo – a possibilidade de re-criação do técnico ou tecnológico na sua concretude cotidiana.

A discussão da micropolítica do processo de trabalho em saúde, realizada especialmente por Merhy (1997) e Merhy e Franco (2003), revela que os sujeitos agem de

forma interessada, isto é, de acordo com projetos e interesses próprios (de uma dada corporação, ou mesmo da pessoa que ocupa certo espaço de trabalho). O encontro assistencial é, assim, um lugar de permanente tensão, visto que os interesses entre os envolvidos podem ser diversos, e é um espaço de produção onde há o encontro de diferentes vontades. Todos os atores, implicados na produção da saúde, que se colocam em cena, governam certos espaços, dado o grau de liberdade que existe no agir cotidiano do trabalho em saúde.

A abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário produz-se através de um trabalho vivo, em ato, em um processo de relações; isto é, há um encontro entre duas pessoas que atuam uma sobre a outra e no qual se opera um jogo de expectativas e produções (MERHY, 1997).

Nesse encontro e na forma como trabalhadores e usuários nele se colocam, configurando-o, também se expressam especificidades e modos de ser de cada um, construídos e mobilizados na história de vida, que interferem na demarcação do que receberá ou não atenção e como isso se procederá.

Para Ayres (2004b, p. 25) não se pode considerar que qualquer relação terapêutica comece exatamente no momento do primeiro encontro, pois:

O profissional que surge diante de um usuário é já carregado de significados, de uma alteridade determinada, em estreita relação como o modo como o usuário se identifica como paciente. Da mesma forma que os profissionais também se compreendem como tal na presença desse outro que ele espera encontrar, o paciente. Portanto, quando se estabelece uma interação não se inicia; rigorosamente se a “retoma”.

Diante do estabelecido, os sujeitos podem se orientar pelo modo de organização da atenção à saúde predominante e/ou comprometer-se com outros contornos.

Identificadas as restrições e possibilidades, diferentes estratégias são promovidas pelos sujeitos trabalhadores e usuários na tentativa de romper as contensões e, conseqüentemente, ampliar a abordagem das necessidades de saúde. Uma delas, usada pelos usuários, é aproveitar os vários momentos de interação com os profissionais para expor a interpretação de suas necessidades.

Como dito anteriormente, os que buscam o serviço local na maioria das vezes demandam a resolução para uma queixa clínica (um problema manifesto como orgânico) e/ou para o acesso a determinados recursos tecnológicos e/ou, ainda, para a efetivação de procedimentos técnicos que entendem responder as suas necessidades, estando eles associados diretamente ou não àquela queixa. Por exemplo, no caso de solicitarem certos medicamentos

para tê-los disponíveis no domicílio e para outros problemas diferentes dos que motivaram inicialmente o atendimento, sem receita médica. A propósito, veja este registro de observação:

A senhora que se dirigiu à farmácia para a aquisição de medicamentos. Ela apresentava uma ferida na perna. Foi à unidade para aquisição de remédios e materiais para curativo. Mencionava ter a ferida há mais de 27 anos. Faz acompanhamento no hospital de referência Y, mas não tem condições financeiras de estar sempre no referido serviço para acompanhamento. Além disso, não pode se ausentar das suas atividades domésticas do dia-a-dia. O medicamento prescrito nem sempre é possível obtê-lo. Veio à unidade de saúde para adquirir Nistatina, Neomicina, Dexametasona e algodão. Diz que mistura as três pomadas e as aplica sobre a ferida. Faz curativo com algodão porque diz que a gaze gruda no ferimento. A técnica de enfermagem disponibiliza os medicamentos. A usuária coloca em sua sacola. Quase ao final do atendimento lembra-se de solicitar Dipirona gotas. Refere que tem muita dor de cabeça até mesmo pelos motivos relacionados a ferida. A usuária se despede e vai embora.

Segundo pré-definições estabelecidas essa demanda não poderia ser satisfeita, e implicaria em outra(s) consulta(s), para uma possível satisfação do usuário. A disponibilidade de medicamentos sem esse acionamento “encurta o caminho” e reduz a pressão por consulta sobre o serviço, entre outros aspectos, independentemente de ser ou não uma medida adequada.

Na sala de vacinas observa-se um conjunto de necessidades expressas além das que “a princípio cabem” nesse espaço (demandas em torno da imunização, como orientações quanto ao procedimento a ser realizado): 1) solicitação de exames; 2) aquisição de medicamentos; 3) expressão de outros problemas de saúde, todas elas podendo ser apreendidas e/ou respondidas - ou não - pelo trabalhador da ESF:

A mãe diz que a criança está fazendo tratamento no hospital de referência Y. Refere que os exames deles estão bons. A técnica diz então Graças a Deus. A técnica de enfermagem pede que a mãe se levante com a criança e administra a vacina. A mãe menciona o médico passou remédio para tanchim, mas que ainda tá saindo muito. Pergunta a técnica de enfermagem o que causa a doença. A técnica refere que é de água e pé no chão. Finalizada a vacina. A técnica pede que a mãe mostre a receita médica para certificação do que há na unidade. A técnica refere que daqueles prescritos o que ela pode disponibilizar é o Mebendazol e o Paracetamol. Entrega a mãe e ela agradece e sai. Minutos depois a mulher volta e pergunta se o remédio de evitar (anticoncepcional) chegou à unidade. A técnica a diz que ainda não (Registro de observação).

Acerca desta última questão, neste outro registro de observação apreende-se a busca por respostas a uma necessidade de outra ordem, expressa por uma usuária: “Terminado o procedimento de vacina se despedem. Quando saio vejo a mulher na sala da recepção. Em

conversa informal me pergunta se o peso da filha está ideal. Explico como ela deve olhar o cartão. A mãe parece satisfeita com a informação agradece e logo sai”.

Numa possibilidade de ampliação das necessidades de saúde a técnica de enfermagem orienta sobre a utilização de métodos anticoncepcionais após o procedimento de vacinação:

Após a administração da vacina na criança a técnica de enfermagem questiona sobre o uso de anticoncepcional que vem sendo utilizado pela usuária. A mesma refere que não está tomando. A técnica recomenda o uso de camisinha porque a criança já está com 06 meses. Logo os pais se despedem (Registro de observação).

A busca por procedimento técnico representa um meio de expressão de necessidades de saúde, de natureza clínica. Nota-se, neste registro de observação, após passar pela avaliação na pré-consulta, uma usuária apresentou a necessidade de acesso a medicamentos, para si mesma e para outros que o utilizam:

A pressão encontrava-se elevada e a usuária mencionava não ter tomado o medicamento, porque eles acabaram. A técnica de enfermagem fez uma expressão de que é em razão disso que a pressão estava alterada. Ela se dirigiu a usuária dizendo, porque ela não pegou o medicamento antes. A usuária não respondeu. Ela se dirigiu então para a farmácia para a aquisição dos medicamentos. A usuária dizia que veio pegar para ela e para o esposo. A técnica disponibiliza ASS, informando que é para o casal, Enalapril para o esposo dela e metildopa para a usuária. A senhora pediu um remédio para dor. A técnica disponibilizou Dipirona. A senhora falava que também gostaria de uma vitamina. A técnica disponibilizou ácido fólico e outro medicamento.

Isso também foi verificado em um novo registro de observação em cuja situação apresentada o acompanhante de um usuário, no espaço da consulta, aproveitou para apresentar suas necessidades de saúde:

Dona Vera e Lúcia são chamadas para a consulta médica. Vera é deficiente visual e estava acompanhada pela amiga Lúcia. A primeira a ser atendida é Vera que traz o exame de preventivo, cedido às mãos do médico. O médico constata hipotrofia e existência de Gardnerella. [...] A amiga informa sobre a coceira que Vera apresenta no pé esquerdo. O médico avalia e prescreve o uso de Dexametasona. Depois desse tratamento não havendo melhoras a usuária deveria ser encaminhada ao dermatologista. Vera informa ainda uma gripe forte que a incomoda por alguns dias. O médico prescreve o uso de Paracetamol. Lúcia que também estava na sala apresenta seus resultados de exame. O médico entende que a usuária deveria realizar um novo exame de CCO, o que fica prescrito. Mas também a encaminha para a colposcopia. Entende que nesse caso é a melhor conduta. [...] Devem realizar todas as orientações e retornar a unidade. Logo é finalizada a consulta.

Há situações em que o trabalhador visualiza e apreende outras necessidades de saúde não referidas pelo usuário, comumente de natureza clínica. No caso específico explicitado

neste relato de observação, a usuária utilizou o serviço para apresentar o resultado de exame de CCO, e, nesse mesmo momento, o médico diagnosticou e tratou uma virose:

Usuária é solicitada a entrar no consultório. Mostra aspecto de cansada, doente. Traz em mãos o resultado de exame preventivo. O médico questiona se está tudo bem com a usuária. A mesma diz que se trata de uma gripe e sente dores de cabeça. O médico avalia o exame da usuária e constata Gardnerella. Prescreve o uso de Metronidazol comprimido e creme vaginal. Quanto aos sinais e sintomas de virose o profissional pergunta se a usuária teve contato com estrangeiros ou com outras pessoas com sintomas de gripe. Ela diz que não. O profissional brinca com a possibilidade de ser a gripe suína. A usuária sorri. Até porque pelos sinais e sintomas da usuária não há características do quadro clínico da gripe H1N1. O médico questiona febre. A usuária afirma que não. Avalia a garganta da usuária e constata uma pequena irritação. O médico prescreve o uso de Paracetamol, soro para reidratação oral, pastilha e orienta que após o término do quadro viral a usuária deverá iniciar o tratamento vaginal. Antes de finalizada a consulta a usuária pede atestado médico. Ele pergunta sobre o atestado. Ela afirma que a empresa exige e que ela gostaria que fosse de dois dias. O médico preenche o documento e entrega a usuária. Logo a consulta é finalizada.

No registro de observação seguinte, a situação expressa revela que a abertura propiciada pelo profissional possibilitou maior expressão de necessidades, ainda que estas se ligassem especialmente ao campo biológico, bem como a iniciativa do usuário:

[...] A usuária refere ao médico que percebe uma dormência na mão esquerda. Menciona que depois de um corte, perdeu parte da sensibilidade da mão. O médico se aproxima para avaliar. Quando questiona sobre a outra mão que se encontra enfaixada. Ela diz que foi gordura quente. Mas também não procurou assistência e tem feito o próprio curativo em casa. O médico questiona sobre a vacina antitetânica. A usuária não sabe referir. O médico além das outras condutas (encaminhamento ao psiquiatra, tratamento para vulvovaginites, solicitação do CCO, prescrição de um calmante Ansiopax) encaminha a usuária ao setor de vacinas. A usuária ainda questiona se não há como prescrever Diazepam. O médico refere que está sem receita azul e pede que a usuária retorne que prescreverá a ela. Quando ao creme vaginal questiona se ele tem na unidade. O médico diz que o que ele prescreveu não. Então a usuária solicita que ele prescreva o que tem na unidade. O médico atende as solicitações da usuária. No momento da despedida e quase ao final da consulta, quando já saía pela porta do consultório a usuária lembra que gostaria de solicitar Diclofenaco. O médico prescreve a usuária que sai satisfeita da consulta.

O usuário não só apresenta uma queixa como também demanda determinadas respostas, sugerindo a conduta interpretada como a mais adequada e a ser conduzida no caso, pelo médico, embora este pautasse sua decisão na avaliação clínica.

Mãe e filhas são chamadas ao consultório médico. O médico pergunta quem irá consultar. A mãe aponta para uma das filhas. Ela diz que veio ao médico para solicitar exames para uma delas. A criança queixa de dores de cabeça, nas pernas e apresenta algumas manchas brancas pelo rosto. Diz que algumas pessoas referem que deve ser verme. O médico pede que a criança se aproxime para que ele possa avaliar. Refere que solicitará os exames de sangue, fezes e urina. Além disso, prescreve o uso de Cetoconazol xampu e Cetoconazol pomada. Explica a mãe como

ela deverá usar. A mãe parece compreender as informações. A criança não diz nada durante a consulta. Apenas sorri timidamente. Após a solicitação dos exames, feita prescrição de medicamentos e as orientações, a mãe e as suas filhas saem do consultório agradecendo o atendimento recebido (Registro de observação).

Nos espaços das consultas outras estratégias poderão ser empregadas para obtenção de respostas a necessidades de saúde. Isso ocorre quando o usuário expressa necessidades que não estão diretamente relacionadas a ele, que agendou a consulta, mas em relação àquele que o acompanha no serviço.

Mulher com criança de 02 meses nos braços diz que a filha apresenta chiado no peito. [...] O médico me mostra a mucosa da criança e o aspecto da pele, pouco hidratada. O médico questiona vomito, diarreia e febre. A mãe responde aos questionamentos. Mas refere que a criança não apresentou vômito nem diarreia. Relata que vem fazendo uso de nebulização [...] Quando ainda conversávamos na sala da recepção a mesma me questionou sobre o uso do método anticoncepcional. Informava que estava tendo pequeno sangramento após a relação sexual. Disse a ela que durante a consulta também deveria relatar isso ao médico. Numa oportunidade durante a consulta falou brevemente sobre isso ao profissional. O mesmo dizia não haver relação com o uso do anticoncepcional e que a mesma deveria fazer o preventivo na unidade. [...] A mesma parecia não estar muito receptiva a idéia, mas não expressou verbalmente. Feitas as considerações o médico prescreveu a nebulização e orientou o uso do soro de reidratação oral a criança (Registro de observação).

Ocorre também quando os usuários fazem solicitações para outros membros da família, como uma tentativa de alargamento do acesso à consulta:

Logo em seguida outra usuária é acolhida para a consulta. Dizia que apresentava uma coceira intensa nas mãos. Que a incomodava muito. O médico avaliou as mãos da usuária por um longo tempo. Prescreveu para a usuária o uso de Dexametasona. E disse que queria vê-la de novo para uma nova avaliação. Perguntou se a usuária lavava roupa. Ela disse que sim, mas não relaciona a coceira a isso. Era diferente. A coceira já vinha a incomodando por algumas semanas. Quase finalizada a consulta a usuária solicitou que o médico olhasse a prescrição de medicamentos de sua mãe. A usuária havia consultado em outro local e gostaria de saber de que medicamentos se tratavam e se encontravam disponíveis na unidade. O médico entendeu os dois primeiros medicamentos descritos. Referindo a usuária que ela poderia adquiri-los na farmácia da unidade. Quanto aos demais não compreendeu do que se tratava. Tinha dúvidas sobre eles. Informou a usuária que sua mãe deveria vir a unidade para que ele pudesse investigar melhor. A usuária compreendeu. Logo terminada as consultas ambos se despediram (Registro de observação).

Mais uma estratégia empreendida, segundo permite considerar este registro de observação, foi a canalização da demanda à enfermeira, identificada como alguém que poderia ajudar a resolver o problema vivenciado:

A usuária fala que gostaria de conversar com a enfermeira. A enfermeira adentra a sala da pré-consulta. A mãe refere preocupação com a recém nascida. Dia anterior a RN somente chorava, chorava e ela não sabia ao certo que estava acontecendo. Uma familiar cogitou a possibilidade de ser fome. Procuraram leite NAN, mas não o

encontrando compraram Nestogeno. Foram preparados 80 ml e oferecidos a RN. A mãe diz que depois disso a criança dormiu tranquilamente. Não chorou mais. [...] A consulta é conduzida [...].

Outra estratégia utilizada, pela profissional enfermeira, como se vê no registro de observação transcrito a seguir, foi solicitar a intervenção médica para o encaminhamento do usuário ou para prescrição de exames, emissão de atestados e definição de outras condutas médicas:

A enfermeira pede um minuto da atenção do médico para o caso de uma usuária que precisa de um encaminhamento médico para o filho. A criança já vem fazendo tratamento no hospital Y, mas precisa de um encaminhamento vindo da rede básica de saúde. O médico não exita e faz o encaminhamento solicitado pela enfermeira. Ela agradece.

Nas consultas de enfermagem, a maior ou menor vinculação com o médico contribui ou não para as respostas às necessidades de saúde de usuários, em decorrência do cunho de complementaridade desses trabalhos no âmbito da prática clínica e da autonomia limitada do profissional enfermeiro.

Quando essa articulação entre médico e enfermeiro se estabelece, a maiores possibilidades de atendimento das necessidades de saúde dos sujeitos. Por exemplo, no registro de observação transcrito na sequência, a enfermeira realizou ações básicas preconizadas no atendimento às gestantes de baixo risco, embora determinadas condutas tivesse ficado na dependência do profissional médico:

A enfermeira pede que a usuária sente-se. Solicita o cartão da gestante. Pergunta então como a usuária está se sentindo. Ela refere apenas queimação no estômago. Informa uso de medicamento, com melhoras. A enfermeira avalia peso adequado. A gestante nega alterações no padrão urinário e dor urinar. Padrões de eliminações intestinais normais. Em uso do sulfato ferroso. Imunização completa. A enfermeira pede então que a usuária se encaminhe para a maca para avaliação do feto. Posiciona a usuária. Pergunta se ela se sente desconfortável na posição dorsal. A gestante diz que sim. A enfermeira refere que se ela sentir algo deve informá-la. Pergunta o sexo da criança e a mãe responde que é menino. Refere que irá abrir a roupa da usuária e procede a medida da altura uterina. Palpa o abdômen para verificação da posição fetal e procede a ausculta dos BCFs. Feito esses procedimentos. Solicita que a usuária levante-se lentamente da maca e diz para ela esperar que vai terminar de atendê-la. Procede aos registros nos cartões e prontuário. Informa à usuária que ela está com 32s e 5d. Refere que solicitará ao médico um pedido de ultra-som. Quando retorno a consulta já está finalizada. Vejo nos registros solicitação de ultra-som, VDRL, urina e anti-Hiv, após conversa com o médico.

Outra estratégia importante, usada pela enfermeira, a partir do vínculo estabelecido com o usuário, foi aproveitar o momento de consulta para abordar necessidades de saúde de outros membros da família já conhecidos:

Adentra o consultório a mãe com uma das crianças e o avô com a outra, são gêmeos. Acomodam nas cadeiras e banco de cco. Eles começam a conversar sobre a outra irmã dela que teve filho recentemente. Também conversam sobre a irmã que tem o filho que está com muita secreção ocular. Diz que ela não está fazendo a correta aplicação do medicamento. Que foi ao pronto socorro, mas não guardou o atendimento. A conversa se estabelece em torno desse fato. [...] (Registro de observação).

[...] A mãe respondia prontamente. Em determinado momento da conversa a enfermeira perguntou inclusive sobre o esposo da usuária. Referindo-se pelo nome. Ela disse que ele estava bem. Prossegui a consulta [...] (Registro de observação).

Essa abordagem de necessidades de saúde dos usuários pela enfermeira pode permitir rupturas no estabelecido e ampliar a sua captação, ainda que sua prática seja limitada pela lógica organizacional médico-centrada.

A intermediação de outros profissionais, através de relações de amizade, também foi uma estratégia profissional utilizada para uma possível resolução de necessidades de saúde apresentadas por usuários no caso de demora da resposta, tal como flagra-se no trecho de observado agora apresentado:

Por exemplo, vai operar um mioma, demora. Ontem uma usuária falou que queria fazer um períneo posterior. Se eu for esperar os trâmites legais, eu acho que nem chega a sair. Já resolvi hoje. [...] Eu não vi sair nem um períneo desde o dia que eu estou aqui. Mesmo porque pô, tem muita coisa para sair aí além do períneo. Mas essa aí eu acho que precisa. E não adianta eu colocar que essa precisa, tal, que não sai. Entendeu? Então existe esses problemas. Mas a gente tem que ter boa vontade e atuar. [...] Lógico (quando questionado se entrou em contato com colegas de profissão). Mas todo médico conhece todo mundo. Então não custa você dar uma mãozinha [...] Lógico que o próprio diretor (da atenção básica) falou que isso não vale. Mas a gente resolve muitas coisas na base dos conhecidos da gente (ENT.P.8)

O compromisso. O interesse. E eles vêem que a gente tava realmente interessado a resolver. E a gente conseguia muitas vezes através de amizade mesmo. O usuário assim, assim, ele precisa tal. De enfermeira para enfermeira. Conseguia uma vaga. Encaixava. Conversava com um médico. Com outro. E resolvia (ENT.P.2).

O trabalho intersetorial foi destacado pelos trabalhadores como um aliado. Frente às variadas necessidades de saúde apresentadas são acionados, segundo eles, outros serviços de apoio social, de infra-estrutura, de saúde, universidades, membros da comunidade e os próprios trabalhadores com destaque aos ACS que são mobilizadores da comunidade a que pertencem:

[...] Mas quando você tem a intersetorialidade que você busca parceiros, você consegue resolver. Saúde mental você tem. Tem a nutrição. Psicóloga. A questão... Como se chama aí... Da Sanecap. Cemat. A própria universidade. Quando você queria fazer atividades de lazer com os nossos hipertensos. Os nossos políticos também. São as parcerias que você busca com a própria comunidade. Os mercados. O próprio trabalho da agente comunitária, especialmente uma que arregava as

mangas, que pedia mesmo e sempre arrecadava muitas coisas era a ACS (nome). Que essa aí é fantástica (ENT.P.2).

Paula, Palha e Protti (2004), em estudo sobre a intersectorialidade como vivência prática ou como desafio a ser conquistado, reafirmam que os profissionais ainda trabalham majoritariamente de forma fragmentada, tomando a intersectorialidade como responsabilidade individual a partir das demandas individualizadas dos usuários. Em contrapartida, apontam a necessidade de criação de novos espaços de interlocução e escuta de outros profissionais e setores que viabilizem canais de compartilhamento de soluções de problemas e a necessidade de criação de uma rede de apoio que procure ampliar a ideia particularizada em prol de uma articulação maior.

A comunidade pode ser tomada ou não como parceira na abordagem de necessidades de saúde dos usuários, a depender de como as relações entre as partes se estabelecem:

[...] Às vezes tem usuário que reclama, mas tem aquele outro que defende também. Que explica como que as coisas aqui também. Então a gente acaba tendo também parceiros. E esse também é um elo que fica com a unidade também. Se ele vem aqui e é bem atendido e ele gosta do atendimento então ele passa a ser parceiro. Aí eles acabam contribuindo também. [...] E a mesma coisa a gente que vai a casa passar uma orientação ele também passa a orientação para o conhecido dele. E isso é importante. Sobre o funcionamento às vezes se ele pode ajudar. Igual esses dias também fui à casa de uma senhora, ela falou olha eu faço trabalho no gesso e eu quero montar um grupo aqui no bairro. Então quer dizer, são pessoas que tem essa disponibilidade. Aí eu falei para ela do CRAS para ver se lá no CRAS eles disponibilizavam o material e passe para ela estar trabalhando com outras mães. Daí ajuda também o que? O financeiro. Da população. Daqueles que necessitam. Então são pessoas que fazem parcerias mesmo. Também às vezes aquela pessoa que está passando necessidade, aí um vizinho ajuda, o outro ajuda também. Aí acaba suprimindo a necessidade daquele que está precisando. Entra a questão da usuária tá passando mal, a gente tem digamos, eu to com 178 famílias. Eu não tenho como saber como todas as famílias nesse momento está, mas os moradores que estão ali próximos sabem. E se eu estou passando na rua e tem alguém com necessidade, a própria vizinhança vem e fala “oh, fulano de tal está precisando de sua ajuda”. “Vai lá”. Toda uma ajuda que eles também fornecem para a gente. Porque a gente não teria como fazer o trabalho funcionar legal se a gente não soubesse das coisas que acontecem. Igual, por exemplo, uma gestante que ganhou neném. O vizinho vai e fala “Oh fulana ganhou neném”. Aí a gente já vai lá. Passa orientação para a mãe. O bebê como que tá. Tudo. Então é essa ajuda. Essa ligação que fica da população com o serviço também. Então isso é muito importante (ENT.P.7).

As necessidades de saúde não estão dadas e também as intervenções para a sua resolutividade; estas devem ser construídas a partir daquelas, não excluindo as singularidades dos sujeitos que as expressam. Deve-se reformular a ação isolada dos serviços de saúde por meio da estratégia da intersectorialidade (PAULA; PALHA; PROTTI, 2004).

O modo de se relacionar dos sujeitos trabalhadores e usuários também pode ser decisivo na abordagem das necessidades de saúde, sendo utilizado como estratégia de enfrentamento das contensões no serviço.

No exemplo abaixo, o usuário dentro do estabelecido não poderia ter acesso a consulta médica, mas ela é facilitada pelo profissional pela relação de vínculo estabelecida.

Cheguei um dia lá e estava com muita dor. Muita dor no corpo. Aí cheguei e a técnica de enfermagem falou seu Fábio o senhor quer falar com o doutor. Falei se pudesse, eu não tinha marcado, falei como que eu vou consultar. Ela falou não mais a gente abre espaço e o senhor vê com ele que nós não podemos fazer nada. Nós vamos abrir espaço. Só sei que elas deram um jeitinho lá e depois perguntou se eu agüentava esperar. Falei agüento. Sentei lá. Tiraram a minha pressão. Tal. Aí eu fiquei tranqüilo. Daí a pouco consultei. Passou medicamento. Dois dias depois estava bom (ENT.U.9).

Noutro relato, as consultas médicas agendadas para o período já haviam sido finalizadas e segundo os critérios estabelecidos o atendimento se encontra encerrado, mas neste caso a técnica de enfermagem intervém para a garantia do atendimento dada a sua proximidade com aqueles que desejam a intervenção médica.

As consultas já tinham se finalizado quando a técnica de enfermagem perguntou se o médico poderia atender mais dois pacientes da panificadora de pães da comunidade. A eles foi solicitado um “check up”. Pelo que a técnica apresentou e pelo que ficou entendido era uma solicitação para certificação da saúde do trabalhador. O médico prontamente disse que atenderia e perguntou onde estavam os rapazes. A técnica disse que eles viriam. Não tardaria, porque a panificadora é próxima. Quando os rapazes chegaram o médico pediu que os dois entrassem. Entendendo que era uma solicitação em vista do trabalho comunicou aos rapazes que pediria vários exames e procedeu a consulta (Registro de observação).

Em síntese, as estratégias de enfrentamento das contensões constituem-se na expressão e abordagem oportunas de necessidades de saúde em determinados momentos do encontro assistencial, na atenção a necessidades pelos trabalhadores da equipe a necessidades não expressas a princípio como demanda explícita ao serviço, na intermediação com outros trabalhadores, setores e comunidade na resolução de necessidades de saúde, especialmente através das ações intersetoriais, e por facilitações decorrentes do vínculo e maior proximidade estabelecidos entre trabalhadores e certos usuários.

4.4 INOVAÇÕES NA ABORDAGEM DE NECESSIDADES NA ESF: INTERMEDIÇÃO DOS ACS

Aqui se destacam as práticas que contribuem de modo inovador para a ampliação da abordagem de necessidades na ESF, embora não subvertam o modelo de atenção predominante e o seu modo de recortar, priorizar e atender a tais necessidades de saúde.

Como importante elo da mobilização e ampliação de respostas às referidas necessidades de saúde encontra-se a prática dos ACS, que, através de sua atuação e vivência dentro da área de abrangência, conseguem captar elementos do contexto e da vida dos moradores caracterizadores de suas necessidades de saúde. Estas, por sua vez, são acompanhadas pelas angústias, ansiedades, medos, preocupações, limitações vividas e apresentadas ao serviço com suas riquezas, o que torna vivo o universo das necessidades de saúde dos usuários.

Para Reis et al. (2007) a visita é um instrumento importante de intervenção dentro da ESF. Ao trabalhar no domicílio perde-se a proteção das paredes do consultório, obrigando o trabalhador a entrar em contato com as singularidades do indivíduo, família e comunidade, com suas angústias e subjetividade, ao mesmo em tempo que se permite uma maior compreensão dos processos de saúde-doença e suas formas de cuidado.

Mandú et al. (2008) em estudo sobre a visita domiciliar sob o olhar de usuários da ESF identifica na realidade pesquisada que, sobretudo os ACS são os que realizam as visitas e que estabelecem mais fortemente o vínculo entre os usuários/famílias e a ESF/equipe.

O registro de observação que segue constitui um exemplo da intermediação que os ACS fazem entre os trabalhadores/serviço e usuários diante das situações identificadas como problemas:

A ACS solicitou que eu a acompanhe na residência de um senhor o qual ela suspeitava estar com hanseníase. Quando adentrarmos a residência vimos a presença de muito mato. O morador, que aparecia na janela, referia em tom de brincadeira que estamos entrando na floresta. Recebe-nos na porta com aspecto cansado, suado, vestido apenas de uma bermuda e um boné. Ele vive num pequeno espaço, com pouca iluminação e ventilação, com presença de quase nenhuma mobília e estado de higienização precária. Refere que mora sozinho e está desempregado. Ao exame físico observa-se coloração da pele alterada, edema nas mãos e nos membros inferiores. Na palpação dos nervos cubital, radial, ulnar e tibial há alterações de espessura, além de referir hipersensibilidade. Menciona que sente dormência nos pés. A ACS refere que já havia repassado o caso ao médico da unidade e que estava prevista uma visita domiciliar. [...] Ficou acordado que explanaríamos a equipe a situação atual do usuário e o aguardaríamos no dia e horário agendado. [...] Na unidade o médico nos ouviu atentamente e disse que iria aguardar o usuário na consulta.

Os ACS, por vezes, levam ao serviço necessidades de saúde que tradicionalmente “não cabem” no estabelecido e, assim, mobilizam a “ordem” configurada pela organização da

atenção na unidade, promovendo tensionamentos capazes de gerar conflitos no âmbito da equipe ao tempo em que desenvolvem mecanismos para contê-los.

É comum, por exemplo, que usuários solicitem dos ACS a tomada de uma atitude que contrarie o estabelecido na unidade, e o trabalhador, ao fazer a solicitação para o serviço, acaba por gerar algum conflito:

A dona da casa nos serviu um café, enquanto solicitava algumas orientações a ACS. Havia marcado uma consulta para apresentação de exames no dia 14/04/2009, mas teria que viajar antes dessa data. A ACS ficou um pouco desconfortável com a situação, porque não sabia exatamente o que faria neste caso. Como ficaria a questão da consulta. Pensou que deveria ligar para a recepcionista responsável pela marcação para ver uma possibilidade, o que poderia ser feito. Parecia um pouco constrangida com a possibilidade de ter que “dar um jeitinho”. Pareceu-me que ela [a ACS] de alguma maneira tenta facilitar o acesso do morador à unidade, mas que isso não é bem aceito pela unidade. [...] A ACS orientou a senhora a marcar a consulta. [...] Já na unidade a ACS disse que queria dizer algo à recepcionista e ela se recusava a ouvir, disse que tinha tido um dia cheio e não queria saber de mais problemas. [...] Explicava brevemente a situação e ela entendeu que não haveria nenhum problema na marcação de uma nova consulta e inclusive já havia explanado sobre essa possibilidade à usuária. Feitas as considerações necessárias desfez-se a conversa (Registro de observação).

Mandú et al. (2008) apontam a visita como meio de facilitação do acesso aos serviços e ações de saúde, ela viabiliza a intermediação entre o domicílio e a ESF e vice-versa, ao favorecer informações sobre o acesso ao serviço local, informações sobre as rotinas e agendamento prévio dos atendimentos, sendo aquela majoritariamente intermediada pelos ACS.

A proximidade dos usuários coloca os ACS em melhores condições para entender a necessidade expressa, mas também os fazem sentirem pressionados a responder às demandas reveladas e a manter um bom vínculo relacional com os usuários, por se responsabilizarem ou identificarem-se com a situação, dentre outras razões.

As visitas domiciliares são majoritariamente realizadas pelos ACS inseridos na ESF, aos quais os usuários comumente apresentam demandas não explicitadas ao serviço. Fora desse espaço, olhadas no contexto em que ocorrem, apresentam-se com uma magnitude diferenciada:

Nem sempre eles falam tudo aqui. Tem usuário que acha que porque ele falou para nós lá na casa dele, ele não precisa falar aqui. E aí a gente tem que explicar. Igual a questão, às vezes ele fala o problema de saúde lá na casa dele, aí ele chega ao consultório e não fala para o doutor. Porque às vezes ele fica com vergonha. Às vezes ele se sente assim que já falou para mim (ACS) já está resolvido. Então são inúmeras coisas que fazem a diferença. Tem coisas que eles falam para a gente, tem coisas que eles falam aqui e não falam para a gente lá (ENT.P.7)

A apresentação de necessidades dos usuários pelos ACS ao serviço, com as importantes características da realidade vivida, amplia a compreensão dos trabalhadores e contribui para a apreensão e respostas àquelas, envolvendo os vários trabalhadores e/ou de outros serviços e setores.

Neste exemplo, o médico faz referência à situação de um usuário que comparece à unidade apresentando múltiplas necessidades de saúde, melhor visualizadas a partir de sua contextualização, produzida com auxílio dos ACS:

Eu tenho consciência que são poucos que não consegue resolver. Porque, por exemplo, esses casos que eu falei é recente, tem dois dias. O INSS nega aposentar, porque não aposenta diabético e hipertenso. Mas o cara ele está em péssimas condições de tudo que você pensar. Ele está numa miserabilidade total. E a família não mora no bairro. Então os vizinhos ajudam. Por exemplo, todo mês eu estou fazendo questão ou eu vou lá ou peço para a enfermeira ir. Mês de junho eu fui. Mês de julho foi a enfermeira acompanhada do acadêmico. Esse mês eu já mandei a agente comunitária passar lá para ver como que é. E eu vou voltar lá esse mês. Mas por exemplo ontem a ACS esteve lá, me falou que ele tinha uma cesta básica lá. Mas não tinha quem cozinhasse para ele. E lógico que uma pessoa que está nas condições dele, tem um rendimento mínimo, fica nervoso. Então trata mal as pessoas. Então as pessoas já não querem mais ajudá-lo. Assim... Para ir lá cozinhar... Tal. Mas ainda assim mesmo vão. Ainda vão. Poucas ainda vão. Ontem ainda teve gente que procura ir lá, cozinhar. Não sei quem tinha dado uma cesta básica para ele, mas ele estava com uma cesta básica. Então a gente procura resolver tudo. Procura resolver encaminhando para os órgãos competentes. E acompanha até o início do atendimento. Depois também o que dá para a gente acompanhar. Mas depois a gente fica sabendo o resultado (ENT.P.8).

As visitas domiciliares realizadas pelos demais trabalhadores da equipe são articuladas principalmente a partir da solicitação dos ACS e direcionadas, prioritariamente, às pessoas que possuem mobilidade física prejudicada, conforme definição estabelecida na equipe. Por isso, nos casos observados, as necessidades de saúde expressas ou contempladas no espaço do domicílio estavam majoritariamente relacionadas a cirurgias realizadas e a problemas de locomoção, ainda que não só.

As visitas constituem-se em meio de identificação de necessidades pelo serviço, não transformadas em demandas. Esse é o caso de uma visita médica realizada a um usuário tetraplégico, cujos filhos estavam com as vacinas atrasadas. Na ocasião, a técnica de enfermagem solicitou o cartão de vacina à mãe das crianças (e esposa do usuário) para que ela fosse orientada a levar as crianças à unidade para vacinação:

O usuário estava sentado em uma cadeira de roda na área de casa. Sua esposa também aparecia na porta da residência. Cumprimentamos a família e o médico começou a conversa. Perguntou como ele estava. Disse que a partir da última visita realizada não percebia nenhuma mudança. Aguardava a possibilidade de uma

cirurgia. Quanto ao seu estado emocional dizia que se encontrava melhor, mas não via muitas possibilidades de voltar a caminhar. O médico dizia que era preciso ter fé. Acreditar. Que hoje já há muitos recursos e a possibilidade de melhora existe. Ele teria que ter paciência, mas ao mesmo tempo não ficar paralisado. Depois que ele conseguisse essa cirurgia e com a possibilidade de ir para o SARA a perspectiva de melhora seria muito grande. [...] A técnica de enfermagem também estava preocupada com as vacinas das crianças que estavam atrasadas. Lembrava que era necessário levar as crianças para vacinar. A mãe justificava que em decorrência do incidente que levou a tetraplegia do esposo não tivera tempo de levar as crianças para vacinação. Inclusive os filhos não estavam em casa. Estavam na casa de familiares no momento da visita. A técnica de enfermagem conferiu o cartão de vacinas e acordou que eles deveriam estar no outro dia de manhã a partir das oito na unidade. A mulher concordou e disse que levaria as crianças. [...] Logo nos despedimos (Registro de observação).

O contato com o território permite uma leitura mais abrangente das necessidades de saúde, não significando necessariamente, que estas serão objeto de ações da ESF, em especial se extrapolarem a natureza dos problemas controlados através da atenção clínica e da vigilância epidemiológica.

Ah através das nossas visitas domiciliares que nós temos o contato com a comunidade de casa em casa (ENT.P.6).

A partir do estudo da área de abrangência. Ficha A. Número de pessoas na família. Renda. Saneamento. Eletrodomésticos. Pelas portarias no Ministério. Programas de hipertensos, diabéticos, gestantes, Hipertensão, tuberculose e hanseníase. Diabéticos que não tomam insulina. Não fazem dieta. Hipertensos que não fazem dieta. Gestantes adolescentes. CD olha a higiene da mãe com essa criança. O cuidado. Avalia o peso. Muitas vezes não é por não ter comida, mas preguiça da mãe. Vacina atrasada (ENT.P.7).

Mandú et al. (2008) dão destaque aos componentes da prática clínica tradicional, como a solicitação de remédios, de procedimentos clínicos e atendimentos médicos, com atrelamento, em alguma medida, das ações de vigilância tradicionais, como a identificação de problemas de saúde na família e, também, a oferta de informações e ações educativas. Ressaltam que a territorialização pressupõe a identificação de problemas e riscos de grupos, famílias e indivíduos; a atualização de informações sobre as condições de vida e saúde-doença; a realização de busca ativa e notificações de agravos e doenças; e o encaminhamento de ações preventivas e promocionais.

Antes de finalizar a idéia de inovações na abordagem das necessidades de saúde, na perspectiva das ações preventivas e promocionais destaca-se também a fragilidade das ações educativas que poderiam constituir-se em espaços com potencialidade para abordagem ampliada das necessidades de saúde. A ESF prevê a garantia da integralidade da atenção por

meio também das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas em saúde (BRASIL, 2006). A ação educativa é realizada com apenas um grupo - o dos hipertensos e diabéticos, na sala de recepção da unidade. Sua ação consiste basicamente em uma palestra sobre um assunto específico e informe sobre a unidade. São os técnicos de enfermagem que majoritariamente encaminham a condução da atividade, acompanhados pelos ACS responsáveis pelas microáreas. A ação comumente não é previamente planejada. São definidas ações e condutas próximas ao acontecimento delas. Na sua atual conformação, portanto, as possibilidades de expressão de necessidades de saúde são muito limitadas.

Registra-se que os profissionais reconhecem os limites dessa prática profissional e a relatam a necessidade de constituição de outros grupos e de fortalecimento das ações já desenvolvidas.

4.5 RESPOSTA A NECESSIDADES DE SAÚDE: CONTRADIÇÕES ENTRE O OLHAR DE USUÁRIOS E O DE TRABALHADORES

Parte das necessidades de saúde dos usuários será expressa, apreendida e respondida pela equipe da ESF, em razão do afinamento presente em sua abordagem.

Além do que se observou, é interessante olhar pela perspectiva dos sujeitos - trabalhadores e usuários. Para estes, sobre o que foi ou não suprido; para aqueles, sobre o que efetivamente foi considerado e apreendido em sua abordagem das necessidades de saúde.

As perspectivas são diferenciadas em relação ao que se concebe como sendo resolutivo e satisfatório, para a equipe e usuários.

Para alguns usuários, a equipe conseguia resolver as necessidades de saúde levadas ao serviço, embora afirmassem que, na verdade só lhes apresentavam aquelas que, em seu próprio ponto de vista conseguiriam ser solucionadas pelos profissionais: “[...] Não há o que eu levei que não consegui [...] (ENT.U.2)”; “[...] Nunca levei algo que eles não pudessem resolver [...]” (ENT.U.5).

Os usuários identificaram como respostas a suas necessidades o acesso a tecnologias assistenciais, momento em que recorrem: a consultas, encaixes, retornos e encaminhamentos; a exames, principalmente os laboratoriais de rotina; a procedimentos, como medição de glicemia, controle de pressão arterial e peso; a determinados medicamentos como anti-hipertensivos, analgésicos, antitérmicos e anticoncepcionais; a vacinas; ao atendimento para

tratamento de certas patologias e/ou sinais e sintomas como gripe, febre, cefaléia; ao exame preventivo de câncer de colo de útero e à consulta de pré-natal:

Olha, em minha opinião quando eles conseguem resolver é quando eles estão gripados, com febre e quando eles estão com muita tosse. Eu acho que eles conseguem. [...] Bom... Para mim do pré-natal eu não tenho o que reclamar, porque eu conseguia resolver meu problema. Estava com ameaça de aborto. Me deram remédio tudinho. Me fizeram fazer ultrassom. Tudo certinho. Fui. Fiz. Tomei meu remédio tudo certinho. Eu acho que nessa parte aí. Eu achava que eles não iam conseguir resolver o meu problema né. Mas graças a Deus eles conseguiram. Não tenho que reclamar do pré-natal aí não (ENT.U.13).

O exame de sangue eles fazem aí. Papanicolau eles fazem ali. Dá o resultado também. Pega o resultado e entrega para a gente. Medir pressão quando eu estou com a minha pressão alta. Tô sentindo falta de ar. Tô com muita dor de cabeça. Falta de ar. Eu também vou medir pressão. Eles resolvem aí também (ENT.U.5).

Não. Abaixo de Deus o que eles podem conseguir eles tem conseguido. O médico dá encaminhamento. Agora me deu para tirar raio x dessas dores. Aí não deu nada. Ele falou que deve ser reumatismo. Esses dias que fez muito frio eu sei as dores que eu passei. Que eu não vou tomar remédio sem receita médica. Não tomo mesmo. Eu não. Qualquer coisinha eu informo para as minhas enfermeiras e o médico que eu vou consultar (ENT.U.8).

Usuários referem ainda como necessidades supridas pelos profissionais o esclarecimento de dúvidas, a atenção dispensada e as orientações fornecidas:

Ah o que eu sempre perguntei. Que eu tive as minhas dúvidas. Sempre resolveu (ENT.U.2).

Ah, muitas bênçãos. Primeiramente do senhor... Aí que vem elas que estão sempre preocupadas com a situação que você vai lá buscar, para poder resolver (ENT.U.7).

Agora disso a gente não pode falar não. Ué eles me dão conselho. Eles falam que eu tenho que tomar os remédios direitinho (ENT.U.8).

Para os usuários, a resposta a suas necessidades de saúde estava intrinsecamente relacionada ao bom relacionamento, estabelecido entre eles e a equipe, que sempre lhes demonstrou atenção, educação, paciência e/ou resolutividade.

Para mim eu não tenho o que reclamar. Nem das enfermeiras que me atendem lá. Gosto demais. Gosto demais do médico. O médico me atende bem. O médico não é bruto. É carinhoso. É usuário. Para mim eu não tenho o que queixar. Qualquer hora que eu chego lá. Eles me atendem. E a minha agente de saúde também. [...] Ela me atende. Graças a Deus. Eu não tenho o que reclamar (ENT.U.16).

O pessoal lá eu não tenho o que reclamar. Todos eles tratam a gente bem. Com educação. Atenção. Vai perguntar as coisas lá eles vêm com educação também. Não tenho o que reclamar. Acho bom o atendimento (ENT.U.6).

Porque toda vez que eu vou lá eu sou bem recebida. Se dá para resolver dá. Também se não der eles falam assim que não tem como (ENT.U.6).

[...] Gostei desse médico. Sabia. Gostei mesmo. Nossa. Médico muito bom. Meu pé. Olha meu pé. Tava feio. Ele passou o remédio certo. Sarou. Que eu não estou mais. Mais tem que passar direto (ENT.U.16).

Os profissionais demonstram entendimento de que a qualidade das relações construídas relaciona-se com a resolutividade das necessidades de saúde.

O relacionamento é bom quando ele tem a resolutividade aqui dentro. Em alguma instância eles culpam o funcionário, a equipe, por não ter dado a solução para eles do ortopedista, do neurologista, do cardiologista. Então ele já criou uma barreira. O posto não presta. Aquele funcionário não presta. Isso. Aquilo. Quando ele vem aqui, que ele tem que pegar uma medicação aqui, que ele tem que marcar um CCO aqui, que ele vai ter que retornar aqui aí a afinidade ela é tamanha. Ela é tamanha. Agora quando ela parte para uma coisa que é para fora e que é de morosidade do sistema, ele já criou barreira. Ela cria barreira. Ora ela é transposta, ora ela não é. E vai indo assim. Vai se levando. Uma hora o usuário tá de bem, outra hora não tá. Outra hora você não tá. Outra hora você tá. É assim. [...] (ENT.P.3).

Merhy (1998, p.13) observa que “sob o ponto de vista do usuário, podemos dizer que, em geral, este não reclama da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim, da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços a sua pessoa e ao seu problema particular”.

Os usuários também destacam necessidades de saúde apresentadas ao serviço e que não foram resolvidas, dentre as quais citaram com maior ênfase: o acesso a determinados medicamentos e a ações de alta complexidade e a agilidade dos exames e consultas especializadas, como se vê a seguir:

[...] Eu vou lá. Eles me dão remédio. Eu consulto lá. Faz nada não. Consulta lá não faz nada não. Remédio não vale nada não. Remédio não vale nada. [...] Faz tempo que eu não vou mais lá não (ENT.U.17)

Tô querendo fazer transvaginal. Vou fazer particular. Porque de graça. Vai saber quando vai sair esse trem. Só ano que vem. Aí ano que vem se tiver que morrer já morreu (ENT.U.4).

E a minha filha tem problema também de adenóide. E já fez a consulta dela aí. Já pediram o encaminhamento para o otorrino. Só que até hoje. Que era até para ela fazer uma cirurgia que ela precisava. Mas até hoje. (ENT.U.10).

Em casos de urgência, nem sempre o usuário tem a sua necessidade de atendimento imediatamente resolvida pela ESF. Em alguns casos é preciso o acesso à ambulância que nem sempre se encontra disponível:

Só que dessa vez assim me prejudicou bastante. Perdi muito sangue. Eu fiquei muito fraca. Falei assim eu vou ter que pedir ajuda né. [...] Eu não agüentava ficar sentada aqui conversando não. Eu só ficava deitada. Acho que o pessoal lá da ambulância que ligou e falou que não podia vir que não atendia esse caso. [...] Aí minha cunhada ligou para a polícia. Aí a polícia falou que hemorragia não era doença. Falei então o que era doença. Porque do jeito que eu estava. Não sei. Só Deus mesmo. Tava aqui. Aí a minha cunhada que foi lá no postinho pedir uma ambulância. Para levar para o Pronto Socorro. Para um lugar mais. Entendeu? Aí eles falaram que nesses casos eles não vinham. Também agora aqui você não vai conseguir resolver, porque isso aí é uma coisa assim... [...] A minha sogra foi na farmácia e pediu um remédio lá para o farmacêutico. Ele mandou o remédio. Aí que eu fui tomando. Foi diminuindo. Até hoje está descendo. Não cortou de uma vez. Mas não está mais aquele trem nojento. E saia assim bolota. Eu fiquei acabada, acabada, acabada. Nesse caso tinha que ir direto para o Pronto Socorro.[...] Pois é mais não achou como levar de ônibus eu não agüentaria ir. Desde ali na Flamboyon, aí você tem que subir né. Pela Santa Casa ou então por trás ali. Eu não tinha condições. Eu não estava agüentando nada. Nada. Nada. Porque assim... Quando começava a vir demais até a fome... Eu não tava nem comendo. Perdi o apetite. Não morre porque Deus tem coisa para mim fazer aqui na terra, porque eu nunca vi coisa horrível. É pior do que abortar um filho. É pior do que você abortar um filho. Sabia? (ENT.U.6).

Também compôs a lista de necessidades não atendidas o acesso ao serviço de assistência nos finais de semana ou em horários noturnos:

Que nem eu machuquei meu braço sábado. Fiquei sábado, domingo e segunda que fui para o pronto socorro. Inchou. É o único lugar que eu vou. Pronto socorro ou policlínica também. Você chega num mal estar. Ruim. Ruim. Já manda para outro lugar. Manda a gente sozinha. Sem ambulância. Sem nada. E vai. Tem que ir. Enfrentar. A cara com o ônibus e vai embora (ENT.U.15).

Por exemplo, a gente passa mal a noite como que vai sair. Eu e ela a noite. Aí esses tempos... Em janeiro, eu passei mal, mais fiquei ruim, ruim, ruim, ruim. Que eu tenho que tratar disso. Eu tenho um problema muito serio que eu ainda não tratei, porque é muita coisa. Eu não sei o que eu tenho, mas eu sinto. Não é problema sério, mas eu acho que é (ENT.U.16)

Os usuários identificaram que determinados procedimentos, como curativos, anteriormente eram realizados no âmbito da unidade e agora não são mais. Assim, quando essa necessidade foi apresentada ao serviço, este não lhe apresentou uma resposta:

Antigamente quando a gente ia com uma criança com um machucado, com corte no pé eles faziam curativo lá mesmo. Limpavam. Lavava com água oxigenada. Com mercúrio. Mertiolate. Aí punha o curativo e a gente vinha embora. Dava uma pomadinha para a gente passar. Agora eu fui com a menina eles me deram só uma

sacola com gazes e mandou eu vim para a casa lavar o pé. Aí eu vim lavei o pé da menina. Falou “A senhora lava, lava até limpar bem limpinho, com sabão e gaze e a senhora traz de volta”. Levei de volta. Cheguei lá ela só me deu duas pomadas. Não fez curativo. Não passou água oxigenada. Não passou nada. Eu para mim achava que ela tinha que ter feito um curativo. Se ela tivesse feito já tinha fechado mais o pé dela. Mas agora só dá pomada. Tô pondo pomada e a minha filha me deu uma caixinha de... Bandeide. Fazendo curativo (ENT.U.14)

Igual esses dias mesmo meu enteado quebrou o braço, quebrou o braço e ele foi para o pronto socorro. Aí ele ficou 15 dias lá. Aí ele veio. Aí meu esposo saiu daqui meio dia. Meio dia não. Duas horas da tarde para levar ele aqui no posto de saúde, disseram que não tinha esparadrapo, um monte de medicamentos para fazer tratamento no braço do guri. Aí o que é que ele fez. Ele foi lá no CPA para fazer esse curativo. Ah ele mora onde. Mora no Florianópolis. Ah mas lá não tem. A moça falou que lá não tem. Ah não mais tem que dar um jeito, porque que não tem. Aí, tudo bem. Ele...Já vou fazer porque a senhora está aqui. Curativo no braço do meu enteado (ENT.U.7)

O acesso ágil à consulta também foi visto como uma necessidade cujo atendimento deixou a desejar:

Quando não vai procurar. Aqui também é muito ruim. Para marcar uma consulta aí é um sacrifício. Tem que chegar no posto de madrugada para conseguir. Porque olha...Você não consegue nem na bala se você for procurar (ENT.U.4).

Porque aí eu acho demais. Eu acho demais você tem que ir de manhã cedinho. Era até uma hora da tarde. Depois passou para onze horas, mas mesmo assim das sete da manhã até onze horas. Gente. Nós temos muito o que fazer em casa (ENT.U.11).

Quando a marcação não era viabilizada, as necessidades eram deslocadas para os outros serviços de saúde e deixavam de ser apresentadas aos trabalhadores da ESF:

Quando eu estava gestante eu fui a primeira vez aí marcar uma consulta. A menina falou que não tinha mais vaga, mas ia me encaixar. Não era certeza se era atendida. Ela tinha encaixado eu e mais outra. Ela falou que eu teria que estar voltando outro dia para marcar, porque ela encaixou outra pessoa e não ia dar para eu consultar naquele dia. Meu marido falou não. Chegou aqui eu comecei a ter sangramento. Aí já fui direto para o HJUM. Aí lá eu fui atendida. Aí tomei a decisão de não fazer meu pré-natal aqui. Lá eu colhia sangue. Fazia exame. Tudo lá. (ENT.U.5).

Os usuários tendem a não responsabilizar os profissionais pelas necessidades não atendidas, mas atribuíam essa responsabilidade principalmente aos setores de gestão:

Olha. No meu caso eu não tenho o que reclamar da unidade de saúde. Não tenho mesmo. Toda vez que eu vou eu sou atendida. Só não sou quando eu não consigo consulta. Mas isso aí a gente sabe que não é o posto que tem culpa. Que aqui é muita gente realmente né. [...] E eu sei que esses exames meus tem uns quatro meses que não estão prontos, mas eu sei que não é culpas delas. Que eu sei que os papeis vão tudo para a secretaria. Lá para a central de vagas. E se demora não é eles. A culpa não é deles. Então eu não tenho o que reclamar (ENT.U.11).

A interpretação dos usuários sobre a obtenção de resposta ou não a necessidades de saúde passa é atravessada por vários aspectos. Ferri et al. (2007), sobre o uso das tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família, apontam que a avaliação da qualidade dos serviços, no que diz respeito à satisfação do usuário passa pela compreensão do significado de saúde na visão dos usuários, pela prestação da assistência e as condições viabilizadas, e pelo uso das tecnologias relacionais, dentre outros.

Já entre os trabalhadores, a ESF foi considerada efetiva na resolução das necessidades de saúde dos usuários sob sua responsabilidade. A equipe conseguia resolver o que estava ao alcance, levando em conta o que acreditavam que devia ser oferecido no âmbito da atenção básica e a ideia de prevenção que possuíam:

O que está no nosso alcance a gente consegue resolver. [...] A gente tenta fazer o que a gente aqui na atenção básica em si, primária da conta. [...] O que o primário da conta de resolver? Acompanhamento de uma vacina. Acompanhamento de um pré-natal. Acompanhamento de uma criança CD. Ah veio fez a consulta, fez o exame. Vamos supor que está com verme. Vamos tratar do verme. O doutor no caso uma vitamina. Isso a gente consegue resolver. A gente é capaz de estar resolvendo essas coisas. Prevenção. (ENT.P.1).

O exame preventivo do câncer de colo de útero, com a disponibilização do tratamento das vulvovaginites, medicação básica para o hipertenso e diabético, distribuição de métodos contraceptivos camisinha, anticoncepcional injetável e oral, pílula do dia seguinte e tratamento para hanseníase e tuberculose (ENT.P.3).

É mais a questão sobre a saúde mesmo. Vacinação. Remédio de hipertensão. Consulta. Informação sobre os horários de marcação. Encaminhamento (ENT.P.7).

Entre os grupos assistidos pela unidade Flor de Cactus os trabalhadores identificam que as crianças, os adolescentes, os adultos e os idosos são aqueles que efetivamente obtêm respostas as suas necessidades de saúde numa clara vinculação entre a ESF e as ações estratégicas que constituem o seu eixo central.

Souza (2009), em estudo sobre a percepção de enfermeiros quanto ao processo de trabalho na ESF em Cuiabá, nota que essa estratégia tem como eixo central as ações estratégicas, ou seja, é dirigida especialmente a grupos específicos como: hipertensos, diabéticos, gestantes, hansenianos, dentre outros.

Nessa perspectiva, os trabalhadores entrevistados entendem que há quase 100% de resolutividade no atendimento a esses grupos, e os demais que não se enquadram aí são os que dependem de outros níveis assistenciais e parcerias:

A gente nunca os deixou na mão. Ia ao último degrau para tentar resolver. De 100% uns 98% a gente conseguia resolver. Buscava parcerias [...] Todos os usuários que chegavam lá, sempre olhavam com atenção e procurava resolver. Encaminhava para a central de regulação. Fazia de tudo. Tentava buscar na última instância (ENT.P.2).

A questão social muitas vezes a gente faz esse elo de ligação com o CRAS (ex. sacolão, cadeiras de rodas). Geralmente assim né. Quando a equipe, o enfermeiro ou as técnicas tem um tempo de ir lá com a gente, aí a gente vai. Agora quando não tem esse tempo, nós mesmos vamos lá por nossa conta. Conversamos. E o CRAS ele tem uma parceria boa com a gente, porque toda vez que a gente vai lá e solicita, eles pelo menos tenta resolver. Então a gente orienta também a família, porque não é só a equipe que é responsável, mas a família também tem que estar junto nessa necessidade (ENT.P.7).

Os trabalhadores reconheceram que não era de sua competência ou que não conseguiam resolver um conjunto de necessidade de ordem social e familiar e/ou que dependiam do setor saúde, como: renda, alimentação, lazer, saneamento, transporte, exames e consultas especializadas, especialistas:

É. Aí a gente já faz por conta própria porque a gente não tem obrigação de resolver problema social, problema judicial, problema de aposentadoria. A gente faz porque quer fazer. Se o problema chegar a mim eu procuro resolver. Se não chega. Aí. Nós estamos aqui para isso. Estamos aqui para atender o usuário. Para atender o usuário nós somos a atenção primária. Como atenção primária eu acho que a gente atende o melhor possível (ENT.P.8).

Eu acho que o social, o financeiro nós não conseguimos. Nós não conseguimos, porque não tem como. Você dar uma mesa farta para uma família. Você dar acesso a eles a coisas interessantes para a saúde deles. Para o bem estar. [...] Tem um caso também que o SUS infelizmente. A gente faz por onde, mas depende de outros órgãos, sistemas também. Tem muitos casos em si que eles trazem para a gente a necessidade de uma sem, de exames especializados. Usuário chega a óbito sem realizar (ENT.P.1)

O que a equipe não consegue resolver mesmo é na questão mais assim social. Do bairro. A estrutura do bairro. Que seria esse negócio do saneamento básico. Outra questão também assim às vezes são os próprios conflitos entre as famílias. Às vezes a gente não tem como resolver. E a questão mesmo do usuário que às vezes não quer. Se ele não quer não tem com a gente. Porque é um direito dele não querer. Então a gente tem que respeitar. Não quer o tratamento. Nem a visita. Nem nada. Pode-se dizer assim que de 100% é 1 a 2% que fazem dessa forma. E aí acaba que atrapalhando um pouco o trabalho. E aí acaba também tendo uma irritação da população. E aí acaba complicando também o nosso trabalho (ENT.P.7).

Pelos relatos apresentados a partir da realidade da unidade investigada, percebe-se que, para os trabalhadores da ESF, os serviços atuaram de modo satisfatório na abordagem das necessidades de saúde expressas pelos usuários, dentro do que consideram competência desse nível de assistência. Os casos que não eram passíveis de resolução dentro do âmbito da unidade foram encaminhados para outras unidades de saúde de referência. Então, dentro dos parâmetros adotados pelos trabalhadores, eles obtiveram respostas satisfatórias. Já para os

usuários, a satisfação foi conformada por aspectos objetivos e subjetivos, sendo estes por vezes definidores de satisfação ou de insatisfação.

A despeito dos trabalhadores interpretarem que o serviço local realiza uma abordagem satisfatória de necessidades, eles também questionaram o próprio trabalho e a sua forma de condução. Nesse processo, justificaram suas práticas e também evidenciaram alguns dos sofrimentos vivenciados:

Depois do almoço a técnica de enfermagem conversa prolongadamente comigo e com duas alunas de enfermagem da UFMT. Ela referia que a gente que vem eventualmente na unidade pode às vezes pensar que os profissionais são duros, insensíveis, mas somente que está no dia a dia pode afirmar o que realmente acontece. Há usuários que estão constantemente na unidade. Que você faz a orientação, explica, explica e eles acabam retornando a unidade. Ela refere inclusive que a fala das técnicas de enfermagem muitas vezes não é considerada. Que podem fazer as mesmas orientações que os médicos fariam, mas a palavra do médico tem um peso diferenciado. A conversa se prolonga até que as acadêmicas de enfermagem saem e ficamos apenas eu e a técnica. Ela sai na área externa da unidade para fumar e me relata a insatisfação com o trabalho produzido. Ela refere que gosta de conversar com o usuário. Estar mais próxima, mas a rotina do dia a dia não permite. Refere o caso de uma usuária que chegou na pré-consulta relatando o que havia acontecido com ela (referindo-se ao seu problema de saúde). A técnica informa que ouvia atentamente, mas em determinado momento tem que finalizar a conversar. Delicadamente ir apontando a saída da sala, porque outros usuários aguardam para atendimento. A técnica pensa que teria que ser diferente a forma de organização do trabalho. Ter mais tempo para conversar com o usuário, mas não dá. Ela resolve me mostrar aonde era a antiga unidade da ESF Flor de Cactus (Registro de observação).

A rotina intensa de trabalho desencadeia sofrimento no trabalhador e dificulta que ele adote uma prática cuidadora e acolhedora, já que nem mesmo o profissional se torna, por vezes, objeto de cuidado e acolhimento. É o que atesta a situação explícita neste relato de observação:

Quando o médico chega e se percebe que dará início as consulta umas das agentes comunitárias refere que tem que falar com ele. A técnica de enfermagem diz que ela terá que falar depois, porque o médico já chegou as nove horas e ela terá que esperar. A outra técnica discorda e diz que a agente precisa falar com ele. A primeira técnica diz, mas já são nove horas. A discordância e elas saem. O clima na unidade está de bastante agitação. Para complicar a recepcionista teve que se ausentar para realização de um exame. As coisas se tornam um pouco mais complicada. As técnicas começam a assumir as atividades da recepcionista e parecem sentir-se bastante atarefadas. Percebo a falta que a recepcionista faz. Ela agenda os retornos, marca consultas, dá seqüência aos encaminhamentos. Nesta ocasião os demais profissionais além de assumir suas funções ainda têm que executar ações que não lhe são habituais. O clima fica pesado na unidade. Uma das técnicas de enfermagem parece visivelmente abatida. Cabelos desalinhados. Em determinado momento a flagro na sala de vacina visivelmente chateada, sem querer conversar com ninguém (Registro de observação).

Os trabalhadores reconheceram a necessidade de integrarem-se na equipe considerando que eles próprios também são sujeitos de necessidades:

[...] E se você na equipe tem a pessoa que não tem realmente compromisso com o papel dela, o serviço vai ter dificuldade de atingir a meta, porque você sabe onde tem uma laranja pobre, apodrecem os outros. Então o que você tem fazer? Ah cortar essa pessoa e jogar fora. Não. Trazer essa pessoa para o grupo. Conversar com essa pessoa. Ouvir essa pessoa. De repente você tá cuidando de toda uma clientela e dentro da sua equipe tem uma pessoa que necessita de toda essa atenção. Então o que as pessoas têm você realmente conhecer a pessoa e tentar descobrir o que ela tem. Trazer ela para a equipe. Mostrar a importância que ela tem na equipe. A importância do nosso serviço. A importância que tem o compromisso dela com a equipe. O respeito. A interação com a comunidade. (ENT.P.2).

O trabalho foi visto como algo que pode gerar frustração e, ao mesmo tempo prazer e satisfação, a depender das mudanças operadas na vida das pessoas:

Acho que contribui a partir do momento que a gente está ali fazendo o trabalho e a pessoa está respondendo. Igual a questão da vacina. Chega lá e fala oh mãe sua vacina está atrasada. Às vezes a mãe nem observou o cartão. Aí ela já vem trazer a criança para vacinar. Às vezes a gente vai a casa do usuário fala um pouquinho sobre as doenças. Ele acaba descobrindo que ele tem esse problema e ele não sabia antes. A questão da própria mulher gestante. Se ela está gestante ela não se percebe enquanto gestante a gente tá conversando. Naquele momento de conversa ela acaba assim... Fala assim "Oh eu estou grávida". Igual a questão as vezes da família tá ali naquela discussão, porque a filha está gestante. Não era para ter acontecido. A gente chega e conversa. A própria adolescente não quer fazer o pré-natal, porque tem toda aquela pressão. Você chega ali e conversa. E a pessoa vem e procura e começa a fazer esse pré-natal. A questão às vezes... O estagiário também foi junto comigo. A gente trouxe as crianças para vacinar porque a mãe não vinha. Então é o trabalho sendo feito. Então é as coisas modificando. . Às vezes a gente desanima. A gente vai a casa da pessoa. Vê que está tudo do mesmo jeito. Dá vontade de não fazer mais nada. Dá vontade de nem falar mais nada. Mais conforme você vai passando. Conversando com essa pessoa. Você vê a transformação da pessoa. É claro que nem tudo a gente vai conseguir resolver, mas em parte que a gente vai conversando a gente vai resolvendo as coisas (ENT.P.7).

Os trabalhadores reconheceram-se como membros de um trabalho coletivo, envolvendo outros trabalhadores para a sua concretização, mas também mostraram o entendimento de que sua ação, individual, foi significativa para a abordagem das necessidades.

Olha eu acho que eu sou só um dedo disso tudo. Entendeu? Acho que eu sou só um dedo, porque aqui tem corpo, cabeça, perna e eu acho que eu sou só um dedo. Risos. Dedinho mindinho. Entendeu? Risos. Eu não fico (sem ele), por isso que eu venho todo dia. Que esse dedinho tem que estar aqui. Porque se esse dedinho não estiver aqui, já desestrutura tudo. Já fica desorganizado. Eu acho (ENT.P.5).

Merhy (1997) reconhece o espaço da micropolítica como espaço de relações entre usuários e trabalhadores, onde há o encontro e a negociação, das necessidades de ambos. Diz-se que há neste espaço um jogo de instituintes entre produtores e consumidores, com distintos formatos de necessidades e, também, distintas formas de satisfazê-las.

No encontro, há de um lado um usuário, portador de uma dada necessidade de saúde, e um trabalhador de saúde, portador de um dado arsenal de saberes específicos e práticas. O usuário procura obter neste encontro uma relação de compromisso, responsabilização e confiança, de outro lado o trabalhador nesta relação também está procurando respostas as suas necessidades (MERHY, 1997).

Filho, Lunardi e Spricigo (2001) apresentam o trabalhador como sujeito do seu trabalho, focalizando a produção da subjetividade no trabalho. Com base nesses autores se reconhece que o mesmo materializa-se através de condições objetivas e subjetivas. O processo de trabalho é também o meio através do qual os trabalhadores expressam desejos, vontades, possibilidades, necessidades, frustrações, sofrimento, conflitos, interesses, atribuindo significados ao trabalho.

O trabalho constitui-se em modos de construção da vida social e em formas de sociabilidade. Através da interação entre trabalhadores e trabalhadores e usuários geram-se produtos, se re-produzem as relações sociais e os próprios trabalhadores (PEDUZZI, 2007; SCHRAIBER et al., 1999).

Embora em nossa sociedade exista uma cisão historicamente construída entre trabalho, vida social e interação, é importante o resgate da relação recíproca entre trabalho e interação humana e social (PEDUZZI, 2007).

Mais do que abordar o trabalho em si, como ação estratégica, em suas origens e razões, é igualmente central conhecer os sujeitos em ação e inter-relação: sujeitos expressando-se no e através do trabalho como interação social e de re(produção) de necessidades (SCHRAIBER et al., 1999).

Entende-se que a dimensão tecnológica e técnica e a dimensão interativa no processo de trabalho, e, portanto do humano valorativo e ético-político e da esfera técnico científica do trabalho em saúde, devem ser consideradas numa inter-relação, desse modo conformar-se-à o caminho no sentido de uma intervenção ao mesmo tempo eficaz e ética, assim como comprometida com o domínio e a prática de conhecimentos e saberes que se ponham a serviço das necessidades de saúde dos usuários e da vida social (PEDUZZI, 2007; SCHRAIBER et al., 1999).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Se não houver frutos, valeu a beleza das flores; se não houver flores, valeu a sombra das folhas; se não houver folhas, valeu a intenção da semente”

Henfil

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelo exposto no estudo aventa-se a possibilidade de representação da forma como necessidades de saúde são expressas por usuários na ESF e são apreendidas e respondidas pelos trabalhadores mediante a figura de um funil, constituído por contornos irregulares e por redes constantemente tensionadas que cedem ou resistem a forças que lhes são aplicadas. Essa imagem construída faz alusão a conteúdos da física, embora não se pretenda aprofundar as questões da saúde por esse campo da ciência. Apenas se quer construir uma representação que auxilie na compreensão de como, no espaço da ESF analisada, os trabalhadores lidam com necessidades de saúde de usuários de seu território.

A figura de um funil representa a observação de que na apreensão de necessidades de usuários e nas respostas dadas a elas pela ESF ocorre um processo social naturalizado de seleção de necessidades de saúde a serem atendidas, em concorrência com necessidades mais amplas vividas pelos usuários e expressas ou não por estes em dados momentos de encontro no serviço. Um afunilamento ou seleção de necessidades é realizado nos diferentes espaços de atenção da ESF, bem expresso no encontro entre trabalhadores e usuários no próprio serviço ou em outros espaços. Ocorre no contato inicial do usuário com a unidade (configurado a partir de sua busca), nas atividades de recepção, pré-consulta e consulta, na realização de procedimentos assistenciais (imunização, nebulização, coleta de exames laboratoriais, entre outros) e, também, nas atividades realizadas fora do serviço, nos domicílios e outros espaços do território. Isso acontece independentemente do espaço do serviço de saúde acionado ou da sequência de acesso aos espaços disponíveis, embora a lógica que organiza o trabalho na ESF seja centralmente a da consulta médica e seja em torno desta que ocorrem os mais importantes tensionamentos, dado o modelo assistencial social e histórico predominantemente adotado (curativo-prescritivo, assistencial-individual e centrado no trabalho médico).

A representação em forma de redes mais ou menos flexíveis, continuamente tensionadas, exprime os elementos organizacionais e intersubjetivos presentes no processo de “abertura” às necessidades de saúde e/ou de “contensão” delas e de “reação” correspondente por usuários e trabalhadores. A conformação das redes tensionadas na ESF, que concorre para o maior ou menor afunilamento das necessidades de saúde a serem supridas com a participação do serviço de saúde local, configura-se em linhas gerais: 1) na organização do acesso; 2) nos tipos de serviços/ações ofertados; 3) na organização do processo de trabalho da

equipe e sua articulação em torno do trabalho do profissional médico; 4) nos fluxos assistenciais estabelecidos, anteriores e posteriores às consultas médicas; 5) nas demandas apresentadas pelos usuários ao serviço; 6) nas diversas normas estabelecidas pelo serviço e nas tentativas de trabalhadores e usuários de cumpri-las e/ou rompê-las; 7) no modo de interação e participação dos trabalhadores e usuários nesse processo; 8) nas próprias tensões produzidas e nas estratégias adotadas de ampliação das possibilidades de expressão, apreensão e resposta às necessidades de saúde; 9) nos resultados produzidos no processo de abordagem das necessidades de saúde pelo serviço/trabalhadores; 10) dentre outros.

Identifica-se que a forma social e histórica de organização do trabalho, que favorece sua execução cotidiana, tanto permite a atenção a certas necessidades de saúde como limita a abordagem e respostas a outras, sendo, por essa razão, constantemente tensionada por usuários em seu encontro com o serviço/trabalhadores, tensão esta acompanhada por certas reações – conflitos e estratégias – de usuários e de trabalhadores.

Sujeitos (usuários e trabalhadores da equipe) que tentam promover alterações nas contensões poderão ser protagonistas de situações conflitantes, manifestas entre usuários e trabalhadores e entre estes últimos.

As estratégias constituem-se em caminhos de abertura das possibilidades de expressão de necessidades pelos usuários e de apreensão e resposta pelos trabalhadores da equipe, adotados especialmente frente às contensões.

O tensionamento e as reações relacionadas podem resultar em permanência, mobilidade, redução ou rompimento de contensões, permitindo ou não maior expressão, apreensão e resposta a amplas necessidades de saúde, configurando-se de uma dada forma a partir do modelo de organização estabelecido, aceito ou contraposto com a participação dos usuários e trabalhadores, revelando a dimensão intersubjetiva presente no trabalho na ESF e também o modo como, nesta, se lida cotidianamente com necessidades de saúde.

As permanências ou alterações empreendidas, com mudanças ou não em certos aspectos dos processos de trabalho e na satisfação de necessidades, se apresentam como positivas ou negativas para os sujeitos envolvidos, que as interpretam de modo peculiar.

Apesar das conformações sócio-históricas dos processos de trabalho que organizam o modo de lidar com necessidades de saúde, bem representada por uma dada forma de organização e efetivação do atendimento aos usuários, estes e os trabalhadores empreendem neles suas características subjetivas individuais e de grupo, bem como os interpretam de modo peculiar. São sujeitos no processo, podendo interpretar a prática e interferir nas suas

configurações, propiciando maior ou menor possibilidade de expressão, apreensão e resposta a necessidades de saúde.

Com essa representação evidenciam-se características gerais expressivas do modo como as necessidades de saúde são abordadas na ESF analisada, considerando a inserção dos sujeitos no processo, destacando os principais traços encontrados de afunilamento ou seleção de necessidades de saúde, de tensionamento das contensões e de reação pelos sujeitos diretamente envolvidos, que resultam em manutenção e/ou mobilidade de barreiras existentes, favorecendo ou dificultando uma abordagem de necessidades coerente com a perspectiva de integralidade. Assim, a partir dessa representação é possível visualizar uma série de considerações sobre o modo de abordagem das necessidades de saúde pelos trabalhadores da equipe da ESF.

No processo de trabalho da ESF identificou-se a importância do momento de entrada e recepção de usuários, em seus aspectos organizacionais e relacionais, no afunilamento ou seleção de necessidades de saúde a serem assistencialmente consideradas.

Porém, o que aí ocorre, é fortemente demarcado pela configuração da organização do processo de trabalho local, eminentemente parcelar, fragmentado e centralizado no atendimento médico, com repercussões para a participação de todos os trabalhadores da equipe, nos diferentes momentos assistenciais, ainda que varie o tipo e o modo de sua participação.

Antes que usuários busquem o serviço local, constatou-se que parte significativa fica a margem das possibilidades de expressão de suas necessidades de saúde em seu âmbito e acaba não compondo o conjunto acreditado daqueles que aí apresentam demandas, revelando a exclusão presente na organização do modelo predominante de organização da atenção.

Esses usuários se somam àqueles que adentram o serviço, mas não têm garantia de que serão atendidos e de que terão as suas necessidades de saúde apreendidas e respondidas satisfatoriamente pelos profissionais de saúde, compondo um grupo bastante expressivo de usuários a margem da assistência integral à saúde.

Ao entrarem no serviço, os usuários são submetidos a um conjunto de regras, rotinas, possibilidades, condições, processos, relações que favorecem a abordagem de necessidades de saúde e/ou funcionam como contensores do acesso a cuidados de que necessitam, face a necessidades vividas. A racionalidade que opera no sentido de manutenção do estabelecido é conformada também por “redes” de contensão onde se encontram vários elementos organizativos e relacionais.

Na organização predominante do trabalho na ESF, os elementos contensores, que são continuamente tensionados no encontro assistencial, revelam-se através estrutura da rede de saúde, das condições assistenciais locais, dos tipos de serviços/ações oferecidos, das regras e rotinas estabelecidas, da organização e efetivação do processo trabalho e dos modos de se colocar dos sujeitos.

A perspectiva afunilar encontrada na abordagem local de necessidades de saúde não se configura de forma uniforme, visto que a racionalidade do trabalho operado na ESF é permeada por intersubjetividade, que interfere na rede de contensões criadas, ela própria podendo se configurar como tal, reforçando, ampliando, reduzindo ou superando elementos que interferem na expressão, apreensão e satisfação de necessidades de saúde.

Evidenciou-se a importância da participação dos sujeitos na reafirmação, confrontação e flexibilização do estabelecido, conformando as possibilidades de abordagem ampliada ou não das necessidades de saúde.

No modelo assistencial concreto da ESF constatou-se que as possibilidades de abordagem das necessidades de saúde são bastante restritas, a despeito de a ESF ser projetada como um novo modelo assistencial profundamente comprometido com a abordagem ampla de necessidades e com o cuidado integral e acolhedor.

Em consequência, as “redes” de contensão são constantemente tensionadas pelas amplas necessidades vividas pelos sujeitos. O tensionamento institui um jogo de forças onde o estabelecido defronta-se com a amplitude das necessidades da vida humana. Essas tensões são “deformativas”, no sentido de que mobilizam alterações na conformação assistencial estabelecida, e podem gerar ou não a promoção de mudanças significativas alinhadas com a abordagem de amplas necessidades.

O estabelecido não se coloca contrário à abordagem de necessidades de saúde, mas os seus contornos não incluem arranjos tecnológicos que viabilizem a apreensão das diversas e heterogêneas necessidades de saúde dos usuários, referidas ao todo da singularidade, subjetividade e socialidade humana.

Identificou-se que os usuários que expressam necessidades de saúde ao serviço querem vê-las consideradas e respondidas e, ao se verem em situações contrárias, comumente buscam promover “deformações” no estabelecido, através da imediata relação como o sujeito trabalhador, locus de contínuas tensões e conflitos, com repercussões para ambos – usuários e trabalhadores.

Tem-se, de um lado, o trabalhador operando estratégias de manutenção do estabelecido na busca de garantia da “ordem e submissão a ela”, agindo de forma mais ou menos flexível, e, de outro, o usuário agindo de “acordo com a ordem” e/ou utilizando-se de estratégias ampliativas para garantir maiores possibilidades de expressão, apreensão e resposta às suas necessidades de saúde.

Apesar de comumente o trabalhador atuar no sentido da manutenção da “ordem” ele também se utiliza, em alguma medida, de estratégias que identifica como possíveis, para ampliar a abordagem de necessidades de saúde, sensível a demandas do usuário. Estabelece, assim, relações de acolhimento, vínculo/responsabilização, confiança, consideração de direitos. Mas essa prática é permeada por contradições, em que se identificam também posturas de desrespeito, punição, julgamento, desresponsabilização, além de dupla posição frente às regras que ora cabem para determinados sujeitos ora não, na busca de fugir de conflitos.

Quanto às estratégias empreendidas pelos usuários, para ampliar possibilidades de expressão de suas necessidades de saúde e de obtenção de resposta a elas, constatou-se que se utilizam dos vários espaços para apresentar necessidades interpretadas, a despeito dos esquemas do serviço; também se apóiam no vínculo e nas boas relações que possuem com trabalhadores; e aplicam diferentes formas de pressão por atendimento no encontro com os trabalhadores da equipe local. Suas demandas articulam-se especialmente em torno do atendimento médico e da resolução de problemas tidos como orgânicos, embora também manifestem continuamente necessidades relacionadas a aspectos sociais, psicoemocionais e de autonomia.

Essas estratégias são possibilitadas porque a prática do cuidado se processa através de inter-relações entre usuários e trabalhadores. Nesta prática, os sujeitos reproduzem, (re)criam e operam transformações. Embora o trabalho se processe através de uma racionalidade que tende a se repetir, de acordo com interesses que se impõem na sociedade, também é ordenado por posicionamentos político-éticos e por um saber prático operado cotidianamente que pode abrir espaços no que está estabelecido para a abordagem de necessidades de saúde. Como a prática cuidadora em saúde se processa mediante trabalho vivo em ato, pode assumir uma lógica “acolhedora”, com escuta, troca, reconhecimento mútuo de direitos e deveres, possibilitando ações mais eficazes de recorte e satisfação de necessidades de saúde de usuários.

Em meio às tentativas de rompimento do estabelecido e da adoção de estratégias de ampliação das possibilidades de abordagem das necessidades de saúde visualizou-se manifestações frequentes de conflitos e tentativas de “abafamento” dos incômodos. A participação dos trabalhadores na contensão de necessidades não é um processo sem consequências também para eles, na medida em que causam contínuos sofrimentos e conflitos não só com os usuários, mas também entre eles.

Os tensionamentos e os conflitos possuem intensidades diferenciadas nos vários espaços assistenciais. Na entrada e recepção, que são espaços de ordenamento do atendimento, encontram-se os maiores tensionamentos, especialmente em torno da consulta médica, pelo crivo exercido no acesso a ela, ao contrário do que ocorrem em relação às demais ações que se encontram “garantidas”.

Necessidades de saúde são expressas nos diferentes espaços de ação do serviço local, na entrada e recepção, na sala de pré-consulta, na farmácia, na sala de procedimentos e coleta de materiais laboratoriais, nos corredores, segundo suas peculiaridades assistenciais e também conforme estratégia adotada pelos usuários.

Dada a predominância da assistência médica na ESF, outras e novas possibilidades de atenção a necessidades de saúde, envolvendo toda a equipe, não são acionadas ou não são adequadamente acionadas, embora todos os trabalhadores lidem continuamente com necessidades e suas práticas propiciem ou não uma abordagem apropriada de necessidades. Todos os trabalhadores que atuam na unidade local articulam centralmente suas ações à assistência clínico-individual predominante, e também a enfermeira a despeito de possuir certa autonomia em sua prática, de forma que a potencialidade das demais práticas ou de práticas possíveis direcionadas à coletividade do território não é mobilizada.

Contudo, nesse conjunto, identificou-se a importância da prática dos ACS, na ampliação da expressão e apreensão das concretas necessidades de saúde vividas pelos usuários, articulando o âmbito interno e externo da unidade. Esses agentes aproximam o trabalhador da equipe do contexto de vivência dos usuários e suas necessidades de saúde, subsidiando a abordagem de necessidades no trabalho da equipe. Essas ações possuem uma relevante potencialidade e é acreditada pelos trabalhadores da equipe e por usuários, embora permaneça conformada ao modelo centrado no trabalho médico.

Dada a perspectiva de afunilamento de necessidades presente na assistência da ESF, e considerando as contensões na interface com a ação dos sujeitos na busca de ampliação das possibilidades de abordagem das necessidades de saúde, constatou-se que, ao final do

processo assistencial, apenas alguns usuários sairão do serviço com alguma resposta, mas eventualmente também não terão garantida a satisfação de suas necessidades de saúde. Novos fluxos, encaminhamentos, ações, tensões e conflitos poderão ser gerados para a satisfação das necessidades de saúde manifestas e/ou identificadas ou estas poderão permanecer sem resposta satisfatória.

Para uma abordagem de necessidades de saúde coerente com uma prática cuidadora acolhedora e integral é preciso investir, de fato, na revisão do processo organizativo assistencial e relacional da ESF, no âmbito do qual aquela ganha configuração.

A apreensão ou recusa de necessidades de saúde na ESF, bem como respostas a elas, dizem respeito a aspectos de organização da estrutura, da gestão, da assistência, formação e desenvolvimento dos trabalhadores, pertinentes à própria ESF e a outros espaços que a ela se articulam, e expressam-se em diferentes momentos, sujeitos, processos e ações assistenciais.

A ESF enquanto um novo modelo preceitua uma atenção contextualizada e voltada a indivíduos, famílias e coletividades a partir do recorte e atendimento amplo a suas necessidades de saúde, relacionadas à qualidade de vida, ao acesso a tecnologias de proteção da vida e saúde, ao autodesenvolvimento humano e projetos de felicidade.

A desconstrução de uma prática centrada no fazer médico para um modelo ordenado por práticas cuidadoras requer a ressignificação dos processos de subjetivação, abandonando a perspectiva de sujeitos enquanto objeto de intervenção para aquela que o considera numa relação de intersubjetividade, com ricas possibilidades de fortalecimento do poder transformador dos indivíduos e da construção de uma perspectiva assentada no cuidado.

É importante reconhecer, apreender, empreender e potencializar as estratégias dos sujeitos que permitem maior permeabilidade por entre o estabelecido, mediante uma pluralidade dialógica, propiciando uma abordagem ampliada das necessidades de saúde. Em contrapartida, as estratégias limitadoras dotadas, além de reconhecidas devem ser ressignificadas pelos trabalhadores, com vistas à consolidação de uma proposta de cuidado e da operação de mudanças das práticas em saúde.

Novos estudos devem ser desenvolvidos, na perspectiva de trazer novos elementos reflexivos, sobretudo em torno da dimensão relacional presente na prática, por sua importância e potencialidade, fundamentando e compreendendo a intersubjetividade que permeia a abordagem das necessidades de saúde.

REFERENCIAS

ALMEIDA, M. C. P. et al. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva - rede básica de saúde. In:_____; ROCHA, S. M. M. (Org.). **O trabalho da enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 61-112.

_____; ROCHA, S. M. M. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In:_____; _____ (Org.). **O trabalho da enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 15-26.

ARREDONDO L. A.; MELENDEZ C. V. Búsqueda de la atención médica y determinantes de la utilización de servicio de salud. **Rev. Méd. Chile**, Santiago, v. 131, n. 4, 445-453, 2003.

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

AYRES, J. R. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? **Interface** - comunicação, saúde e educação, São Paulo, v.4, n.6 p.117-120, 2000.

_____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

_____. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface** - comunicação, saúde e educação, São Paulo, v. 8, n. 14, p. 73-92, set./dez. 2004a.

_____. O Cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, set./dez. 2004b.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento da Atenção Básica**. Brasília, 2009. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab>>. Acesso em: 22 jun. 2009.

_____._____. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=51&VCodMunicipio=510340&NomeEstado=MATO%20GROSSO>. Acesso em: 05 jan. 2010.

_____._____._____. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMARGO JR., K. R. Das necessidades de saúde à demanda socialmente construída. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005. p. 91-101.

CAMPOS, C. M. S. **Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde)**. 2004. 193 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, [2004].

_____; BATAIERO, M. O. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990-2004. **Interface: comunicação, saúde e educação**, São Paulo, v. 11, n. 23, p. 605-618, set./dez. 2007.

_____; MISHIMA, S. M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p.1260-1268, jul./ago. 2005.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma**. Repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992. p. 220.

CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M. A. S. A implementação do Programa Saúde da Família em municípios do Estado de Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 862-870, 2008.

CECÍLIO, 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. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001. p. 113-126.

_____. Modelos tecnoassistenciais: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set. 1997.

CEZAR VAZ et al. O trabalho da enfermeira na atenção básica de saúde: assumindo uma forma programática para o conteúdo clínico social. **Texto e contexto de enfermagem**, Santa Catarina, v. 12, n. 3, p. 342-350, jul./set. 2003.

COLOMÉ, I. C. S. **Trabalho em equipe no Programa Saúde da Família na Concepção de Enfermeiras**. 2005. 97 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, [2005].

CUIABÁ. Câmara Municipal de Cuiabá. Lei Orgânica do município de 05 de abril de 1990. Disponível em: <<http://www.cuiaba.mt.gov.br/serviços/legislação>>. Acesso em: 22 dez. 2008.

_____. Prefeitura Municipal de Cuiabá. Instituto de Planejamento e Desenvolvimento Urbano (IPDU). Diretoria de Pesquisa e Informação (DPI). **Perfil Socioeconômico de Cuiabá**. Cuiabá: Central de Texto, 2007. v. III.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de metas/Plano de trabalho anual**. Cuiabá, 2009b.

_____. **Plano Municipal de Saúde 2006-2009**. SUS/CUIABÁ. Cuiabá, set. 2005.

_____. **Relatório de Gestão 2007**. SUS/CUIABÁ. Cuiabá, mar. 2008.

_____. _____. _____. **Relatório de Gestão 2008.** SUS/CUIABÁ. Cuiabá, mar. 2009a.

ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. **Rev. esc. Enferm.**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 533-539, dez. 2006.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface (Botucatu)**, v.9, n.18, p. 489-506, 2005.

FERRI, S. M. N. et al. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 515-529, 2007.

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

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**. v. 15, n.2, p. 345-353, 1999.

_____; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 181-193.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2003. p. 55-123.

FROMM, E. **Conceito marxista do homem**. Tradução Octavio Alves Velho. 4 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1967. p. 233. Inclui a tradução dos manuscritos econômicos e filosóficos de Karl Marx por T. B. Bottomore.

GARIGLIO, M. T.; RADICCHI, A. L. A. O modo de inserção do médico no processo produtivo em saúde: o caso das unidades básicas de Belo Horizonte. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 153-163, 2008.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, 2005.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994. p. 67-80.

HELLER, A.; FEHÉR, F. **A condição política pós-moderna**. Tradução Marcos Santarrita. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998. p. 240.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

LEOPARDI, M. T. A finalidade do trabalho da enfermagem: a ética como fundamento decisório. **Texto e contexto de enfermagem**, Florianópolis, v. 4, n. 2, p. 23-29, jul./dez. 1995.

LIMA, M. A. D. S et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta paul. enferm**; São Paulo, v. 20, n.1,12-17, 2007.

_____; ALMEIDA, M. C. P. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, p. 86-101, 1999. Número especial.

LUNARDI FILHO, W. D. LUNARDI, V. L.; SPRICIGO, J. O trabalho da enfermagem e a produção da subjetividade de seus trabalhadores. **Rev. Lat.-am. enferm.**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 91-96, 2001.

MANDÚ, E. N. T. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 665-675, 2004.

_____; ALMEIDA, M. C. P. Necessidades em saúde: questões importantes para o trabalho da enfermagem. **Revista. Bras. Enferm**, Brasília, v. 52, n. 1, p. 54-66, jan./mar. 1999.

MANDÚ, E. N. T et al. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 131-140, 2008.

MARX, K. Processo de trabalho e processo de produzir mais-valia. In: _____. **O Capital: crítica da economia política**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1988. p. 201-223.

MATSUMOTO, N. F. **A operacionalização do PAS de uma unidade básica de saúde do município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde**. 201 f. 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, [1999].

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set/out. 2004.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Medicina e história** - raízes sociais do trabalho médico. 1979. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, [1979].

_____. Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades. **Cadernos CEFOR**, São Paulo, série texto 1, p. 53, 1992.

_____. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 278.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: _____; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em Saúde**. São Paulo: Editora HUCITEC, 1997. p. 71-112.

_____. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: _____. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte - Reescrevendo o público**. São Paulo: Ed. Xamã, 1998. p.103-120.

_____. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface - Comunicação, saúde e educação**, São Paulo, v. 4, n. 6, p. 109-116, fev. 2000.

MINAYO, M. C. S et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2007. p. 112.

_____. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994. p. 9-30.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 407.

MORAIS, C. P. **Necessidades de saúde e trabalho das equipes de saúde da família: a dialética do reconhecimento e enfrentamento**. 113 f. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, [2008].

NERY, A. A. **Necessidades de saúde na estratégia de saúde da família, no município de Jequié-BA: em busca de uma tradução**. 153 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, [2006].

NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994. p. 51-68.

OLIVEIRA, R. G. O.; MARCON, S. S. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 65-72, mar. 2007.

PAULA, K. A.; PALHA, P. F.; PROTTI, S. T. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste - Ribeirão Preto. **Interface (Botucatu)**. v.8, n.15, pp. 331-348, 2004.

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

_____. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 75-91, 2002.

_____. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população.** 247 f. 2007. (Livre-docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, [2007].

PEREIRA, M. J. B.; MISHIMA, S. M. Revisitando a prática assistencial: a subjetividade como matéria para a reorganização do processo de trabalho na enfermagem. **Interface**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 83-100, 2003.

PIRES, D. Divisão social do trabalho. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p. 87-92.

POLDI, R. M. V. **Relação entre trabalho e necessidades de saúde de moradores adscritos a uma unidade de saúde da família no município da Serra-ES.** 2008. 163 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem/Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo/Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto/São Paulo, [2008].

POLIT, D.; HUNGLER, B. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** Porto Alegre: Artes médicas, 1995.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003.

REIS et al. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, São Paulo, v. 11, n. 23, p. 655-666, set./dez. 2007.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev.latino-am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dez. 2000.

SAITO, R. X. S.; LACERDA, R. A.; FRACOLLI, L. A. Atenção Primária: Análise de Acesso ao primeiro Contato em uma Unidade Básica de Saúde do Município de São Paulo. **Rev. paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 74-81, abr.-jun. 2006.

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

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, 2004.

SCHRAIBER et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES GONÇALVES, R. B. (Org.). **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 29-47.

SELLTIZ et al. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: EPU, 1975. p. 687.

SILVA, J. P. V.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do setor saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 234-242, 2003.

SOUZA, E. C. F. de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 100-110, 2008.

SOUZA, M. G. **Percepções de enfermeiros sobre o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família**. 143 f. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, [2009].

STOTZ, E. N. **Necessidades de saúde**: mediações de um conceito. 1991. 514 f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, [1991].

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, fev. 2007.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2003a. p. 49-61.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, v. 27, n.65, p. 257-277, 2003b.

TITONI, J. **Subjetividade e trabalho**. Porto Alegre: Ortiz, 1994.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 190-198, 2004. Suplemento.

VALENTIM, I. V. L.; KRUEL, A. J. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 777-788, 2007.

APÊNDICE A – Documentos consultados

Relatório de Gestão do município de Cuiabá 2007 e 2008
Plano de Trabalho Anual da Secretaria Municipal de Saúde 2008 e 2009
Plano Municipal de Saúde 2006-2009
Relatório Mensal SIAB de jan./jun 2009 na unidade da ESF Flor de Cactus
Perfil Socioeconômico de Cuiabá/Instituto de Planejamento e Desenvolvimento Urbano - IPDU
Departamento da Atenção Básica/Ministério da Saúde/Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal.

APÊNDICE B- Roteiro para contextualização do ESF (municipal, regional e local)

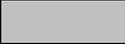
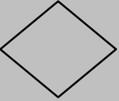
Organização do setor saúde municipal
• Serviços da rede (n° de leitos hospitalares, capacidade ambulatorial, unidades de ESF)
• Rede de referência assistencial
• Tempo de implantação das unidades de ESF e cobertura populacional
• Política de atenção básica e proposições para o ESF
• Gestão do ESF

Dados da Regional Norte
• Área
• Bairros que abrangem
• População
• Percentual de domicílios com rede de esgoto
• Percentual de domicílios com abastecimento de água
• Cobertura de coleta de lixo
• Equipamentos sociais
○ Escolas, creches, associações de moradores, PSF e rede de serviços de saúde em geral

Dados do PSF
• Unidade
• Data da implantação
• Área de abrangência
• N° de habitantes na área de abrangência
• N° de famílias na área de abrangência
• N° de microáreas
• N° médio de famílias por microáreas
• Recursos humanos envolvidos
○ Forma de seleção, contratação, regime de trabalho, remuneração e capacitação.

<ul style="list-style-type: none">• Condições sociais e sanitárias nas quais a ESF se localiza (abastecimento de água, rede de esgoto, coleta de lixo, transporte coletivo etc.)
<ul style="list-style-type: none">• Gestão local
<ul style="list-style-type: none">• Organização da unidade
<ul style="list-style-type: none">• Funcionamento da unidade
<ul style="list-style-type: none">• Infraestrutura

APÊNDICE C - Roteiro de observação do processo de trabalho da equipe da ESF

Fluxograma analisador (MERHY, 1997)			Adaptação para a observação do trabalho da equipe na relação com o usuário e suas necessidades de saúde	
Etapa/símbolo	O que significa	Questão central	Momento	Aspectos a serem observados
Entrada 	Momento em que se identificam quem são os que procuram os serviços, de onde eles vêm e o que procuraram.	Quem é o usuário, de onde ele vem e o que procura no serviço?	Pré-assistencial	-Estabelecimento do contato inicial do usuário com o serviço -Sujeitos envolvidos -Mobilizador(es) do encontro (fato, estado, pessoas) -Modo como as relações se estabelecem e as necessidades de saúde expressas ou não, recusadas e/ou acolhidas pelo trabalhador da equipe.
Recepção 	Momento em que a clientela é recebida (quando é recebida) e em que certas necessidades são acolhidas ou não.	Por quem e como os usuários são recebidos? Se não são recebidos, porque isso acontece?		
Decisão de ofertas 	Momento em que os serviços utilizam distintos critérios para dizer se o que o usuário está trazendo como “problema de saúde” será ou não objeto de ação do serviço.	Para onde encaminhar o usuário? (para dentro do próprio serviço? Para outro serviço? Ou simplesmente lhe será negada qualquer alternativa de assistência?).		
Cardápio 	Momento da intervenção tecnológica em saúde propriamente dita.	O que se faz com os que entram? Como isso se dá? Quem é o responsável por essa decisão?	Assistencial	-- As diferentes ações de cuidado -- As definições dos trabalhadores -- As interações --As reações -- As recusas e as --diferentes formas de respostas a necessidades, envolvendo usuário(s) e trabalhador(es) da equipe.
Saída 	Descrever como os usuários saem.	Como os usuários saem (como se dá o processo relacional entre trabalhadores e usuários na saída? Que tipos de resultados a cadeia produtiva está realizando?)?	Pós-assistencial	-Os resultados finais das ações e interações do(s) trabalhador(es) da equipe da Estratégia Saúde da Família com o(s) usuário(s) e suas respostas satisfatórias ou não a necessidades de saúde.

APÊNDICE D - Roteiro de entrevista com os trabalhadores

Função Nome	Sexo	Idade	Estado civil	Escolaridade	Reside na área de abran- gência	Trabalho anterior em PSF?	Tempo de atuação no atual PSF	Fez ou está fazendo capacitações? Quais?	CH	Forma de seleção	Possui direitos trabalhistas assegurados	Salário bruto aproximado
.	1- mas.	.....anos	1-Solteiro 2-Casado 3-União estável 4- Divorciado 5-Viúvo	1- Pós-graduação 1.1 – Especialização Área..... Ano de conclusão..... 1.2 Mestrado Área..... Ano de conclusão..... 1.3 Doutorado Área..... Ano de conclusão..... 2- Graduação Ano de conclusão..... 3- Curso técnico 4-Ensino Fundamental 5- Ensino Médio 6- Frequentou escola, mas não chegou a completar nenhum grau 7 - Nunca frequentou escola 8- NS/NI	1-Sim 2-Não 99- NS/NI	1-Sim Ano..... Tempo de permanência..... 2-Não 99-NS/NI	.....anos	1-Curso Introdutório 2-Não participou de nenhuma atividade de capacitação 3-Quais..... 99-NS/NI	..../.... H 99- NSNI	1 - Concurso público 2 - Seleção pública 3- Outras 99-NS/NI	1-SIM 2-NÃO 99-NS/NI	R\$......99-NS/NI

Questões norteadoras para os trabalhadores

- Para você, o que significa o usuário/população estar com saúde e não estar com saúde?
- O que você entende por necessidades de saúde?
- Qual (is) necessidade (s) de saúde os usuários /população apresentam à equipe?
- Como você faz o diagnóstico dessas necessidades de saúde?
- O que faz com que as pessoas tenham essas necessidades de saúde?
- Diante dessas necessidades, que recursos/meios os usuários e a população utilizam para resolvê-las? Por que procuram esses recursos?
 - Quais necessidades de saúde são apresentadas são levadas para a unidade/a equipe?
 - Das necessidades de saúde que chegam aos serviços quais são efetivamente resolvidas?
 - Que recursos são empregados pela equipe para a resolução das necessidades de saúde?
 - Das necessidades de saúde/problemas de saúde levados aos serviços quais não são efetivamente resolvidos?
 - Por que isso acontece? Que problemas, barreiras e razões interferem nisso?
 - Que recursos faltam na unidade/equipe para o atendimento das necessidades de saúde?
 - O que acontece com o(s) usuário(s)?
- Como se estabelecem as relações junto aos usuários em face das suas amplas necessidades de saúde?
- Considera que há outros aspectos a serem mencionados?

APÊNDICE E- Roteiro de entrevista com os usuários

Identificação do usuário.....
Sexo: () Masculino () Feminino
Idade:.....
Estado civil: () casado(a) () solteiro(a) () divorciado(a) () viúvo(a) () união estável
Nível de instrução: () analfabeto () 1º grau incompleto () 1º grau completo () 2º grau incompleto () 2º grau completo () 3º grau incompleto () 3º grau completo.
Tempo de moradia na área de abrangência do PSF:.....
Renda familiar mensal:.....
Número de membros na família:.....

Questões norteadoras

- Fale-me um pouco sobre o que, para você, é estar com saúde e não estar com saúde?
- Qual (is) necessidade (s) de saúde as pessoas/você/sua família apresentam?
- O que faz com que você(s) tenha(m) essa(s) necessidade(s) de saúde?
- Diante de sua(s) necessidade(s) de saúde, que recursos são utilizados para resolvê-las? Por que procura(m) por esses recursos?
- Quais necessidades de saúde são apresentadas são levadas para a unidade/a equipe?
 - Das necessidades de saúde que são levadas aos serviços, quais são efetivamente resolvidas?
 - Das necessidades de saúde levadas aos serviços quais não são efetivamente resolvidas?
 - Por que isso acontece? Que problemas, barreiras e razões interferem nisso?
- Como se estabelecem as relações do (s) usuário(s) com a equipe, mediante a apresentação da(s) necessidade(s) de saúde?
- Considera que há outros aspectos a serem mencionados?

APÊNDICE F - (Termo de consentimento - trabalhadores)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-MESTRADO
GRUPO PROJETO ARGOS DE PESQUISA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário(a), da pesquisa **“Abordagem das necessidades de saúde no encontro assistencial na Estratégia Saúde da Família em Cuiabá”**. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine, ao final, este documento, em duas vias, uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não terá nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição à qual a pesquisa está vinculada. Em caso de dúvida, você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller- UFMT - pelo telefone (65) 36157254. **O objetivo deste estudo é analisar o modo como necessidades de saúde de usuários são abordados no processo de trabalho da ESF de Cuiabá.** Sua participação nesta pesquisa consistirá na concessão, ao pesquisador, do direito de observação de seu trabalho assistencial e de uma entrevista individual. Os riscos relacionados a sua participação na pesquisa são inexistentes. Os dados referentes à sua pessoa serão confidenciais, e garantimos o sigilo de sua participação durante toda a pesquisa, inclusive na divulgação da mesma, pois serão utilizados nomes fictícios no registro das falas. Você receberá uma cópia deste termo de consentimento, na qual se encontram registrados o nome, o telefone e o endereço do pesquisador responsável. Assim, você poderá localizá-lo a qualquer momento. A pesquisadora chama-se Ana Maria Nunes da Silva e pode ser localizada na Universidade Federal de Mato Grosso/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, fixada neste endereço: Rua Fernando Correa da Costa s/n. Telefones para contato: (065)9906-6003 ou (65)302333285. E-mail anaenf@hotmail.com

Considerando os dados acima expressos, **CONFIRMO** estar sendo informado por escrito e verbalmente dos objetivos desta pesquisa e **AUTORIZO** a publicação.

Eu _____ (nome _____ do participante)....., portador(a) do documento RG Nº:....., declaro que entendi e concordo com os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa.

**Assinatura do participante
(ou do responsável, se menor):**

.....

Assinatura do pesquisador principal:

.....

Data (Cidade/dia mês e ano) _____ de _____ de 20__

APÊNDICE G - (Termo de consentimento - usuários)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-MESTRADO
GRUPO PROJETO ARGOS DE PESQUISA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário(a), da pesquisa **“Abordagem das necessidades de saúde no encontro assistencial na Estratégia Saúde da Família em Cuiabá”**. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine, ao final, este documento, em duas vias, uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não terá nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição à qual a pesquisa está vinculada. Em caso de dúvida, você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller- UFMT - pelo telefone (65) 36157254. **O objetivo deste estudo é analisar o modo como necessidades de saúde de usuários são abordados no processo de trabalho da ESF de Cuiabá.** Sua participação nesta pesquisa consistirá na concessão, ao pesquisador, de uma entrevista individual e do direito de observação da assistência que sofreu intervenção pelo profissional. Os riscos relacionados a sua participação na pesquisa são inexistentes. Os dados referentes à sua pessoa serão confidenciais, e garantimos o sigilo de sua participação durante toda a pesquisa, inclusive na divulgação da mesma, pois serão utilizados nomes fictícios no registro das falas. Você receberá uma cópia deste termo de consentimento, na qual se encontram registrados o nome, o telefone e o endereço do pesquisador responsável. Assim, você poderá localizá-lo a qualquer momento. A pesquisadora chama-se Ana Maria Nunes da Silva e pode ser localizada na Universidade Federal de Mato Grosso/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, fixada neste endereço: Rua Fernando Correa da Costa s/n. Telefones para contato: (065)9906-6003 ou (65)302333285. E-mail ana-enf@hotmail.com

Considerando os dados acima expressos, **CONFIRMO** estar sendo informado por escrito e verbalmente dos objetivos desta pesquisa e **AUTORIZO** a publicação.

Eu _____ (nome _____ do participante)....., portador(a) do documento RG N°:....., declaro que entendi e concordo com os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa.

**Assinatura do participante
(ou do responsável, se menor):**

.....
Assinatura do pesquisador principal:

.....
Data (Cidade/dia mês e ano) _____ de _____ de 20__

ANEXO – Folha de provação do Comitê de Ética em Pesquisa

Ministério da Educação
 FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller
 Registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em 25/08/97

TERMO DE APROVAÇÃO ÉTICA
 DE PROJETO DE PESQUISA

REFERÊNCIA: Projeto de protocolo Nº 559/CEP-HUJM/08

- “COM PENDÊNCIAS”
- APROVADO “ad referendum”
- APROVAÇÃO FINAL
- NÃO APROVADO

O projeto de pesquisa intitulado: “Atuação da enfermagem frente às necessidades emergentes na estratégia Saúde da Família no Município de Cuiabá-MT”, encaminhado pelo (a) pesquisador (a), **Áurea Christina de Paula Corrêa** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM, em reunião realizada dia 04/02/09 que concluiu pela aprovação final, tendo em vista que atende a Resolução CNS 196/96 do Ministério da Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos.

Cuiabá, 04 de Fevereiro de 2009.



Profa. Dra. Shirley Ferreira Pereira
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM

Hospital Universitário Júlio Müller
 Rua L, SN. Jardim Alvorada. CEP 78048-790 Cuiabá –MT, Brasil
 Fone: 65-3615-7254 e-mail: cephujm@cpd.ufmt.br
http://www.ufmt.br/cep_hujm

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)