

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

MAYCON CARVALHO DOS SANTOS

**A (IN) DELICADA RELAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
E OS USUÁRIOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
MÚLTIPLOS OLHARES**

**VITÓRIA
2011**

MAYCON CARVALHO DOS SANTOS

**A (IN) DELICADA RELAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
E OS USUÁRIOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
MÚLTIPLOS OLHARES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Política e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Duarte Lima

Co-orientador: Prof. Dr. Túlio Alberto Martins de Figueiredo

**VITÓRIA
2011**

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

S237i Santos, Maycon Carvalho dos, 1983-
A (in) delicada relação entre os profissionais de saúde e os usuários na estratégia de saúde da família : múltiplos olhares / Maycon Carvalho dos Santos. – 2011.
94 f. : il.

Orientador: Rita de Cássia Duarte Lima.
Coorientador: Túlio Alberto Martins de Figueiredo.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Família - Saúde e higiene. 2. Pessoal da área médica.
3. Serviços de saúde. I. Lima, Rita de Cássia Duarte, 1953-.
II. Figueiredo, Túlio Alberto Martins de. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 614

A (IN) DELICADA RELAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E OS USUÁRIOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: MÚLTIPLOS OLHARES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito obrigatório para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Política e Gestão em Saúde.

Aprovado em 16 de Maio de 2011

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Duarte Lima

Orientadora - Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Túlio Alberto Martins de Figueiredo

Co-orientador - Universidade Federal do Espírito Santo

Prof^a. Dr^a Maristela Dalbello de Araújo

Membro Interno - Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Túlio Batista Franco

Membro Externo – Universidade Federal Fluminense

Prof^a. Dr^a Gladys Amélia Vélez Benito

Suplente Interno - Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr^a Ana Claudia Pinheiro Garcia

Suplente Externo – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Dedico este trabalho a todos os profissionais que acreditam em um SUS mais humanizado e equânime, que mesmo com todos os desafios procuram fazer do seu cotidiano uma prática social para atender às necessidades de nossa população.

AGRADECIMENTOS

Da mesma forma que abordado por este estudo, os relacionamentos como “Devir” mestrando foram se construindo no longo desses dois anos, causando bons encontros e muitas alegrias. Desta forma, são muitas pessoas para agradecer pela produção desejante deste trabalho.

Meus agradecimentos a Deus, pela força que me fez seguir em frente e lutar por esse objetivo.

Aos meus pais, Manoel dos Santos e Rosângela Carvalho dos Santos, que mesmo longe sempre se fizeram presentes nesta caminhada, acreditando nesse objetivo, me incentivando e me apoiando. Amo vocês!

A minha irmã, Márcia Carvalho, pelos momentos de idéias e planos para o futuro, sempre preocupada e fazendo-se presente em todos os momentos de luta. Amo você!

Ao meu sobrinho e afilhado, Nattan Carvalho, pelo carinho que sempre demonstrou e entendimento de minha ausência em alguns momentos. Amo você!

Aos meus Amigos, Dhay, Rosa e Cleber Rangel, por partilharem essa caminhada, sempre me acompanhando na minha construção profissional e se fazendo presentes nos momentos de descontração. A vocês que eu amo muito e que sempre respeitaram os meus projetos profissionais.

A minha turma de mestrado, pelo crescimento em conjunto, desfrutando de todas as ansiedades, medos e frustrações nesse decorrer de dois anos, onde formamos uma família. Em especial à Débora, amiga de turma, pelos momentos de construção do projeto, colocando a prática do cuidado em foco para construção desse estudo e dividindo os medos, muito obrigado pelo companheirismo.

Aos Professores do mestrado, que pacientemente e cheios de boa vontade, conseguiram transmitir o conhecimento para a formação de mestre.

Aos Profissionais e Usuários da Unidade de Saúde Thomaz Tommasi, pelo carinho e acolhimento, sempre estando de portas abertas para a construção deste estudo. Em Especial a Fabiane, coordenadora da Unidade, por sempre se fazer presente nesta coleta de dados, me apoiando e facilitando o meu acesso ao serviço. Muito obrigado!

Aos discentes de Enfermagem da UFES, que no decorrer do mestrado tive o privilégio de ter como alunos, construindo com vocês uma prática profissional voltada para o cuidado em saúde, recebendo sempre o apoio de todos para a realização deste estudo.

Em especial à minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Duarte Lima, por me acolher e depositar confiança em meu trabalho, por abrir as portas para um novo e estimulante caminho em minha vida, caminho esse repleto de ricos aprendizados que tem me levado a uma visão mais ampliada dos relacionamentos humanos. A você, minha sincera gratidão!

Ao meu Coorientador, Prof. Dr. Túlio Alberto Martins de Figueiredo, que se prontificou a me ajudar no meio de muitas dúvidas na construção deste trabalho, me apresentando ao mundo de idéias, construindo um rizoma em nossas relações, com a produção de bons encontros! A você, minha grande admiração e respeito profissional.

Ao Fundo de Apoio à Ciência e Tecnologia do Município de Vitória (FACITEC) pela confiança depositada ao estudo, contribuindo com a construção científica do município de Vitória através do apoio depositado nos pesquisadores. Muito obrigado!

Enfim, são tantos para agradecer nesta caminhada, que hora se caminha sozinho, ora com o apoio de muitos, mas a conclusão deste trabalho não seria possível sem a participação diária dos sujeitos que nos cercam, dos que encontramos ao longo do caminho e daqueles que indiretamente produziram conhecimento que nos despertaram, esclareceram e embasaram para a discussão aqui apresentada.

“... muito raramente conseguimos produzir conhecimento realmente novo; o comum dos mortais reconstrói, partindo do que já existe e vigora; a originalidade que se espera não é aquela da obra de arte, absolutamente irrepetível, mas aquela do toque pessoal, da digestão própria, da elaboração específica; conhecimento não é qualquer coisa, nem é coisa inatingível”.

Pedro Demo.

LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica a Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CCS	Centro de Ciências da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SILOS	Sistema Local de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	11
2 - OBJETIVOS	14
3–QUADRO TEÓRICO	15
3.1 - A ESF: (RE) PRODUZINDO CAMINHOS RECENTES DA SAÚDE COLETIVA.....	15
3.2 - O ENCONTRO PROFISSIONAIS DE SAÚDE E USUÁRIOS E AS TEIAS DE AFETAMENTOS	19
3.2.1 - O USUÁRIO NA ESF: DEVIRES MÚLTIPLOS.....	24
3.3 - A PRÁTICA PROFISSIONAL E SUA DIMENSÃO CUIDADORA: SUBJETIVIDADES EM ATO	26
4 - CONTEXTUALIZANDO O CAMPO DA PESQUISA	29
4.1 -CONHECENDO O MUNICÍPIO DE VITÓRIA	29
4.2 -A IMPLANTAÇÃO DA ESF NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA.....	30
5 - METODOLOGIA	33
5.1-DESENHO DO ESTUDO.....	33
5.2 - TERRITÓRIO DO BONFIM.....	34
5.3-SUJEITOS DO ESTUDO.....	35
5.4 - PROCEDIMENTOS DE CONSTRUÇÃO DO MATERIAL DE ESTUDO	36
5.5 - ANÁLISE DOS DADOS.....	38
5.6 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	39
6 - ARTIGOS	41
6.1 - ARTIGO 01:A RELAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE: TEIAS DE (DES)AFETAMENTOS.....	42
6.2 - ARTIGO 02: ENCONTROS E DESENCONTROS NA DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICIPIO DE VITÓRIA-ES.....	60
REFERÊNCIAS	76
APÊNDICES	81
APÊNDICE A -TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO.....	82
APÊNDICE B - FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS DA UBS THOMAZ TOMMASI	85

APÊNDICE C –TOMAS FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA UBS THOMAZ TOMMASI	86
ANEXOS	87
ANEXO A – MAPA DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE EM VITÓRIA	88
ANEXO B – EVOLUÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DAS ESF NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES NO PERÍODO DE 1998 A 2007	89
ANEXO C – EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE FAMÍLIAS CADASTRADAS NO PACS E PSF EM VITÓRIA, 1998 A 2007	90
ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	91
ANEXO E –TERMO DE APROVAÇÃO DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA	92

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), é um marco na incorporação da Atenção Primária à Saúde, uma vez que os princípios abordados na Conferência Mundial de Alma Ata, em 1978, influenciaram diretamente nas formulações das políticas Públicas de Saúde, contando com essa Estratégia como uma forma de estruturar os Sistemas Municipais de Saúde, com vistas a reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova organização nos referidos serviços (GIOVANELLA, 2009; PAIM, 2008).

Assim, torna-se importante entender as relações dos usuários, gestores e profissionais da saúde que, historicamente, tem sido marcadas por avanços e pela ineficiência na gestão pública, destacando-se a baixa resolutividade das ações no atendimento às necessidades da população (LIMA et al., 2005; PAIM, 2008).

A evolução das políticas de saúde do país apresenta um divisor de águas, a Reforma Sanitária, a partir da qual a Atenção Primária à Saúde ganhou potência como evento desencadeante de uma nova forma de pensar/agir/fazer saúde. É nesse contexto que emerge a formulação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como diretriz inegociável a universalidade, buscando atender as necessidades de saúde da população brasileira (LIMA et al., 2005; PAIM, 2008).

Na atualidade, após mais de 20 anos da VIII Conferência Nacional de Saúde, o SUS é parte do cotidiano de todos, ofertando ações de saúde como vacinas, pesquisas, formação dos profissionais, prevenindo epidemias e intervindo em inúmeros aspectos do cotidiano. Esse Sistema, ao longo dos anos, tornou-se uma proposta pública de grande avanço social e, embora as dificuldades ainda sejam muitas, estão em curso avanços muito animadores (PAIM, 2008).

Assim posto, justifica-se estudar essas mudanças no âmbito das políticas de saúde, como o olhar dos usuários e profissionais de saúde, ficando o desejo de buscar no

eterno presente¹, reminiscências de um tempo e afetamento com o desafio de ser enfermeiro assistencial e desse tornar-se mestre em saúde coletiva.

Inserido no mercado de trabalho, primeiro emprego, com todas as ansiedades e medos, fui admitido como docente em uma escola para técnico de enfermagem e em uma Unidade Básica de Saúde no Programa de Saúde da Família na localidade de Monte Páscoal, na cidade de Itabela-Bahia, local conhecido por ser o primeiro monte avistado por Pedro Álvares Cabral no descobrimento do Brasil.

A ESF de Monte Pascoal se encarregava de atender toda a população que vivia naquela comunidade, predominantemente composta por Indígenas Pataxós. Assim, deparava-me com algumas insatisfações, pois as situações de violência estrutural com esses usuários permanecia naquela comunidade, como falta de profissionais, infra-estrutura física e material, além da desconsideração com a cultura desse povo.

Um estudo realizado por Santos (2007), com essa população nas aldeias Pataxós Hã-Hã-Hã, no extremo sul da Bahia, constatou que os costumes desse povo estão sendo estrangulados pela abordagem científica da ESF e o povo indígena vê isso como dificuldade para poder manter seus rituais, pois as novas gerações não estão se envolvendo com as formas tradicionais de manifestar seus hábitos. Em contrapartida, a equipe de saúde presta uma assistência totalmente medicalizada e voltada para a doença, os profissionais não são preparados para atuar na área da saúde indígena, visto que são formados sob o signo de uma racionalidade (médica) ocidental e tem dificuldade de incorporar a cultura e os rituais de cura desse povo. Naquele contexto, a falta de recursos humanos competentes compromete de tal forma a atenção à saúde daquele agrupamento indígena que, muitas vezes, o acesso ao médico, por exemplo, só se dá a cada oito dias (SANTOS, 2007).

Buscando ampliar minha compreensão sobre saúde, em 2007 e pelos próximos dois anos, fixei minha residência na capital da Bahia, Salvador. Naquela cidade, além de

¹ Eterno presente é uma expressão que se reporta ao tempo aiônico. A propósito, o tempo pode ser entendido como cronológico ou aiônico. O tempo cronológico, mediado por Chronos, é marcado pela noção de presente, passado e futuro. Já no tempo aiônico, mediado pelo Aiôn, o que existe é o eterno presente. O tempo cronológico é marcado pelos fatos; o aiônico é o tempo dos acontecimentos. Esta noção de tempo aiônico, foi buscada em Bruno Schulz, (1987).

continuar na docência para técnico de enfermagem, também fui admitido em uma ESF de uma cidade vizinha a Salvador chamada Vera Cruz, cuja economia gira em torno da pesca e do turismo. Iniciando o meu trabalho nessa comunidade, pude observar uma grande desigualdade da população, que busca sua renda no pescado ou como funcionário público da prefeitura. Problemas gerenciais de toda ordem, comuns a tantos pequenos municípios brasileiros, tais como deficit de profissionais, estrutura física deficiente, falta de medicamentos, entre outros, comprometiam a assistência à atenção prestada a essa população.

Minha inserção neste Programa de Pós-Graduação, como mestrando, inaugurou um novo ciclo em minha vida, no qual pretendia, de início, resgatar aspectos afeitos à cultura indígena. Questões de ordem prática, a saber, o meu distanciamento cada vez maior com aquela realidade, implicaram em uma reorientação do meu projeto de mestrado, que a partir de então buscou explorar enquanto tema/problema como se produzem as relações entre os trabalhadores de saúde e os usuários dos serviços de saúde no cotidiano da ESF. Minha participação na docência de ensino superior no curso de graduação em enfermagem desta Universidade foi decisiva naquele processo de reorientação de minha dissertação. Através da disciplina Estágio de Docência Superior, enquanto crédito de minha formação no mestrado, veio a oportunidade de inserção na ESF da Unidade de Saúde da Família (USF) Thomaz Tommasi, da rede municipal de saúde de Vitória, porém inserida em um espaço intramuros do Centro de Ciências da Saúde (CCS) desta Universidade.

Assim, os objetivos deste estudo foram construídos no sentido de aprofundar a compreensão da relação entre os usuários e os trabalhadores de saúde, uma vez que esses protagonistas são a base para viabilização das ações, serviços e projetos no âmbito dos cuidados prestados, e que uma análise do seu cotidiano nos mostra como esses serviços estão sendo exercidos, em seu propósito de atendimento à população.

2 OBJETIVOS

- Identificar como se produzem as relações Usuários - Trabalhadores de Saúde na Unidade de Saúde da Família Thomaz Tommasi;
- Analisar as configurações das práticas de cuidado no encontro usuário e trabalhador de saúde na Unidade de Saúde da Família Thomaz Tommasi.

3 QUADRO TEÓRICO:

3.1 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: (RE) PRODUZINDO CAMINHOS RECENTES DA SAÚDE COLETIVA

A literatura acerca das políticas públicas de saúde no Brasil é relativamente extensa, conforme se pode constatar a partir de trabalhos como dos autores Lima et al.(2005), Paim(2008), Franco e Merhy (2006), Viana e Dal Poz (2005). Para os objetivos desse estudo, propõem-se o recorte temporal na formulação e implantação da ESF na década de 1990.

O Programa Saúde da Família (PSF) teve seu início quando o Ministério da Saúde implementou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, institucionalizando as práticas em saúde com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS),até então realizadas de forma isolada em vários Estados do Brasil, como no Paraná, Mato Grosso do Sul e Ceará, com a finalidade de reduzir a mortalidade infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. A partir dessas experiências, o Ministério da Saúde aponta a importância dos Agentes nos serviços de atenção primária e elege a família como unidade de ação programática de saúde (FRANCO; MERHY, 2006; VIANA; DAL POZ, 2005).

Assim, o PSF foi concebido a partir de uma reunião realizada em 27 e 28 de dezembro de 1993, em Brasília-DF, sobre o tema “Saúde da Família”, sob gestão da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Essa reunião foi uma resposta do Ministério a uma demanda de secretários municipais de saúde que pleiteavam apoio financeiro para expansão do modelo dos agentes comunitários com incorporação de outros profissionais. O que vale salientar é que a experiência de ter um enfermeiro na coordenação dos ACS no estado do Ceará foi o primeiro passo para o processo de incorporação de novos profissionais no Programa (FRANCO; MERHY,2006; VIANA; DAL POZ, 2005).

Cabe ressaltar, ainda, que essa estratégia baseou-se no sucesso de experiências de países como Cuba e Canadá, que adotaram a família como centro das intervenções de saúde. (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2008). Tanto o PACS quanto o PSF se

constituíram em uma estrutura voltada para a família, agindo preventivamente, com uma visão ativa de intervenção de buscar a demanda para ser assistida e se inserir na comunidade de uma forma integral, não centrando-se apenas na intervenção médica(FRANCO; MERHY,2006; VIANA; DAL POZ, 2005).

Assim, o PSF no Brasil nasce como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde e contrapondo o modelo anterior, cujo foco era a doença, baseado num modelo tecnicista e hospitalocêntrico. Emerge, assim, uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção, introduzindo um processo de intervenção em saúde, à medida que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre o seu público assistido (SOUZA, 2008).

Nesse sentido, a estratégia de reorientação do modelo assistencial envolve equipes multiprofissionais de atuação na promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes que são distribuídas em Unidades Básicas de Saúde responsáveis pelo acompanhamento de um número determinado de famílias localizadas em uma área geográfica definida e limitada(BRASIL, 2010).

Trata-se de um modelo que incorpora as abordagens de universalidade, integralidade, hierarquização e outros princípios do SUS, cabe ao Estado a oferta de serviços que tenha como princípios a igualdade dos cidadãos brasileiros no acesso aos serviços de saúde, devendo assegurar que toda população tenha direito aos serviços de saúde que necessitam (MATTOS, 2009).

Desta maneira, a ESF vem com o objetivo de garantir esses direitos para toda a população, buscando contribuir para ampliação das ações da atenção primária, privilegiando as práticas preventivas, educativas e curativas, mais próximas do cotidiano da população. Assim, em conformidade com os princípios do SUS, busca definir responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1997). Uma vez que o Ministério da Saúde pressupõe que esse modelo pode vir a resolver grande percentual dos problemas de saúde, atuando mais próximo da comunidade

com as ações de promoção da saúde e impactando principais indicadores de saúde como mortalidade infantil, expectativa de vida, entre outros (BRASIL, 2000).

Portanto, a ESF vem ao longo de sua implementação se consolidando como um dos potentes dispositivos para ampliar a Atenção Primária à Saúde no Brasil, sendo preferencialmente a porta de entrada aos serviços de saúde no SUS. Portanto, sua resolutividade deve extrapolar as simples intervenções de caráter curativo individual, ampliando ações como demandas sanitárias (saneamento básico), desenvolvimento nutricional, vacinação, ações clínicas (prevenção, profilaxia e tratamento de doenças de caráter epidêmico) e ações de prevenção e recuperação, com saberes e técnicas científicas (STARFIELD, 2002; VIANA; DAL POZ, 2005).

Desta forma, a ESF vem agindo compreendida não como um programa restrito a procedimentos organizacionais e financeiros, mas como uma estratégia que objetiva formular políticas que promovam os movimentos de rever-se e dispor-se a mudar as realidades da população em relação aos seus indicadores de saúde (VASCONCELOS, 1999), uma vez que se tornou um modelo de atenção à Saúde de referência internacional. Assim, uma vez baseada nas idéias de APS, a ESF visa prevenção de doenças e promoção da saúde, aceitas internacionalmente, de maneira original e inédita em sua concepção, pois não existem registros de modelos como o brasileiro em outros países do mundo. E dentre os pontos positivos que tem apresentado, estão o impactado de forma sustentável nos indicadores sociais, tais como mortalidade infantil, ampliação da cobertura de programas de imunização, aumento na cobertura de aleitamento materno e aumento da satisfação dos usuários quanto ao atendimento recebido nas práticas das equipes de saúde (BRASIL, 2010).

Desse modo, vale salientar a discussão de vários autores, como Mendes (2006) e Andrade, Barreto e Bezerra (2006) ao afirmarem que o Programa de Saúde da Família que visa organizar, de maneira temporária, a Atenção Básica no Brasil, deve ser considerado como uma Estratégia transformadora da realidade brasileira, uma vez que as prioridades de atuação em saúde foram redirecionadas e solidificadas conforme os princípios do SUS. Por tudo, esses autores afirmam ser mais adequado referir-se à ESF como uma Estratégia, e não como um dos vários programas de saúde até então propostos pelo Ministério da Saúde.

Como tal, tem assumido caráter dinamizador no contexto do SUS, cuja velocidade de expansão comprova a grande adesão dos gestores municipais e estaduais aos seus princípios, representada num crescimento expressivo nos últimos anos no Brasil, contando em junho de 2010 com o total de 79.028 Equipes de Saúde da Família, em 5.269 municípios, cobrindo uma população de 97.953.775 habitantes, com 51,64% de cobertura populacional estimada; 482.498 Agentes Comunitários de Saúde em 5.356 municípios, cobrindo uma população estimada de 116.500.115 habitantes, com 61,41% de cobertura populacional estimada (BRASIL, 2010).

Desse modo, a ESF aumentou o acesso da população à ABS, consolidando-se como uma estratégia estruturante fundamental nas práticas sanitárias dada a adesão dos municípios em todo o território nacional. Entretanto, essa expansão não ocorreu uniformemente em todos os municípios do país, difundindo-se de maneira mais rápida nos municípios de pequeno porte e com maiores dificuldades nos grandes centros urbanos, uma vez que nesses municípios estão presentes questões de maior complexidade relacionadas à concentração demográfica, ao elevado grau de exclusão de acesso aos serviços de saúde, aos diversos agravos de saúde e uma rede desarticulada e mal distribuída que já vinha sendo estruturada (GIOVANELLA, 2009).

Portanto, com o crescimento da ESF vislumbram-se vários desafios, em particular os que se referem ao financiamento para expansão dos serviços, que envolvem complexas modalidades de repasses federais, remuneração insuficiente dos serviços, falta de comprometimento de alguns profissionais o que implica, diretamente, em alta rotatividade de pessoal e que acarreta, indiretamente desequilíbrios nas diretrizes e princípios do SUS, promovendo uma universalidade fragmentada, iníqua, sem equidade e integralidade (GIOVANELLA, 2009; FERREIRA, 2008).

Assim, para promover saúde, as ações desenvolvidas devem extrapolar a competência do setor saúde, buscando parcerias para agir intersetorialmente, com impactos nos determinantes sociais, econômicos, culturais e ambientais, por meio de políticas públicas integradas que propiciem o desenvolvimento integral da saúde (FERREIRA, 2008 pg. 64).

Em suma, conforme afirma Giovanella (2009), a integralidade é vista por muitos gestores como um fator importante para as práticas de promoção da saúde, mas o que se observa em seu exercício diário são os desafios encontrados com serviços ineficientes e ausência de eficácia de um serviço de referência e contra referência.

Outro ponto desafiador a ser considerado na efetivação da Estratégia de Saúde da Família corresponde à mudança no modelo assistencial preconizado, com o estabelecimento de porta de entrada, formação de vínculos entre os profissionais e comunidade, integração dos serviços de saúde e uma rede assistencial resolutiva, garantindo a integralidade das ações (ESCOREL et al, 2005).

Sendo que para avançar na implementação de tais políticas, fazem-se necessários o conhecimento e a análise da Atenção Básica a Saúde com todos os protagonistas envolvidos - profissionais de saúde, gestores e em especial os usuários -, para identificar os nós críticos e os pontos de intervenção que possam orientar as políticas e ações que concretizam os princípios gerais da proposta de garantir atenção à saúde para todos (GIOVANELLA, 2009).

3.2 O ENCONTRO PROFISSIONAIS DE SAÚDE-USUÁRIOS E AS TEIAS DE AFETAMENTOS:

O processo de trabalho em saúde se produz no encontro do agente produtor, com suas ferramentas (conhecimentos, equipamentos, tecnologias), com o agente consumidor, tornando-o, em parte, objeto da ação daquele produtor, mas sem que com isso deixe de ser também um agente que em ato põe suas intencionalidades, conhecimentos e representações, expressos como um modo de sentir e elaborar as necessidades de saúde para o momento de trabalho (MERHY,2007).

A Estratégia de Saúde da Família é estruturada por uma equipe multidisciplinar, contando com uma equipe mínima formada por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta, ainda, com um cirurgião dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene bucal, de modo a priorizar a prevenção e a recuperação dos usuários de forma integrada e contínua e promover uma maior

resolutividade nos níveis da ABS (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2008; BRASIL, 2010).

Comungando com essas ações, a ESF busca priorizar um trabalho em equipe, com uma perspectiva coletiva, caracterizada pela relação recíproca entre as dimensões complementares de trabalho e interação. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se “resignificar” na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos (ARAUJO; ROCHA, 2007).

No que diz respeito à produção do trabalho multidisciplinar, Merhy (2007) e Lima (2001) apontam sobre a necessidade de se buscarem processos de trabalho cada vez mais partilhados, com um ordenamento organizacional coerente com uma lógica usuário-centrada, permitindo construir vínculos entre os trabalhadores de saúde e os usuários, conforme as necessidades de saúde e incorporação das tecnologias no processo de trabalho individual e coletivo.

Partindo dessa análise, considera-se que nesse encontro os profissionais utilizam uma tipologia muito singular que tem sido denominada por Merhy e Feuerwerker (2009) como “ferramentas tecnológicas” para agir nesse processo de interseção, como saberes e seus desdobramentos materiais e imateriais, que fazem sentido conforme o local que ocupam e a finalidade que almejam.

Portanto, neste trabalho, será apropriada a tipologia que vem sendo apresentada por Merhy (1997) como “tecnologias duras”, representadas por máquinas e equipamentos usados nas ações assistenciais realizadas; “leves duras”, baseadas no conhecimento bem estruturado de saberes profissionais e as “leves”, em que estão as relações interpessoais, ou seja, produz-se no espaço de atuação da dimensão cuidadora. Sendo as estas últimas a produção de um meio de estabelecer o encontro acolhedor, respeitando e cuidando do outro.

Em suma, a tecnologia dura é a que permite manusear o estetoscópio, o endoscópio e outros equipamentos que possibilitam acessar dados físicos, exames laboratoriais

e imagens, necessários para suporte ao tratamento clínico e usados nas intervenções terapêuticas. As tecnologias leve-duras permitem processar o trabalho dos profissionais de saúde sobre os usuários, sendo definidas através da epidemiologia, da clínica, mas no momento de agir há uma mediação imposta pela incerteza e pela situação específica ao raciocínio clínico do médico. E como não há um só modo de realizar o ato clínico, pode predominar a dureza ou pode predominar a leveza no encontro entre esses protagonistas.

E a que permite a produção de relações envolvidas no encontro trabalhador-usuários, mediante a escuta, o toque, o interesse, a construção de vínculos, a confiança, é a que permite capturar as singularidades desses protagonistas, sendo neste território que os usuários tem maior possibilidade de atuar, interagir, imprimir sua marca e também de se afetar, são as tecnologias a que se chamam de tecnologias leves (MERHY;FEUERWERKER,2009).

Nesta realidade, as tecnologias são atos que se intersectam e conectam, não havendo hierarquia entre elas, o que vai definir sua utilização diz respeito às necessidades das demandas que os atores em ação acessam para produzir as ações ou os atos de cuidado (MERHY;FEUERWERKER,2009).

Portanto, essa nova construção requer articulação das ações e a interação dos agentes, implicando um compromisso ético e respeito com o outro, com cada um e com todos da equipe e, acima de tudo, com os usuários dos serviços de saúde, uma vez que:

As especificidades do trabalho em saúde demarcam um campo específico das práticas, sendo que estas se desenvolvem em um espaço de encontro e de intervenção denominado de espaço intercessor, enquanto espaço onde se processa a produção de ações de saúde e onde cada trabalhador potencialmente pode decidir coisas, ou seja, exerce certo autogoverno. (MERHY,1997p. 72).

O trabalho da equipe multidisciplinar na ESF deve se traduzir numa troca de conhecimentos e práticas interdisciplinares, uma vez que cada equipe de saúde se responsabiliza pelo acompanhamento e pelas práticas de cuidado de no máximo 4

mil habitantes, sendo a média recomendada de 3 mil habitantes de uma determinada área geográfica, que de uma forma organizada é concebida para atuação diretamente na comunidade (BRASIL, 2010).

O cenário de atuação da ESF são as Unidades Básicas de Saúde, o domicílio e as ações de mobilização da comunidade, sendo a porta de entrada para um sistema de serviço hierarquizado e regionalizado de saúde, tendo um território definido e uma população delimitada sob sua responsabilidade. O trabalho na ESF, tem como principal característica intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta, prestar assistência integral, permanente e de qualidade, realizar atividades de educação e promoção da saúde, estabelencendo um compromisso de coresponsabilidade da população com essas ações (BRASIL, 2010).

Assim, visa uma atuação com a responsabilidade de criar vínculos entre os profissionais dos serviços de saúde e a população assistida, e entre o município e os trabalhadores de saúde, ampliando o foco de atenção da equipe da ESF, passando a ser centrada na família, compreendida em consonância com o contexto em que vive, o que facilita à equipe compreender de uma forma ampliada o processo saúde-doença, suas reais necessidades de intervenção e uma atenção integral (FERREIRA, 2008; BRASIL, 2010).

Nesse sentido, busca construir um compromisso efetivo dos trabalhadores de saúde junto com as necessidades dos usuários, impulsionado pela liberdade do “Trabalho Vivo em Ato”, caracterizado pelo atributo da liberdade, criação e inventividade (MERHY, 2002).

Essa rede que se forma na informalidade do cotidiano em uma equipe ou unidade de saúde, é como um rizoma, não tem começo e nem fim, se conecta em qualquer ponto e age de uma forma dinâmica, operando entre diversos planos, existências e itensidades em conexões, para produzir a realidade instituindo uma conexão entre muitos trabalhadores, usuários, pessoas e coisas, que se apresentam no processo de produção do cuidado e que são partes constitutivas dele (FRANCO et. al, 2009).

Por outro lado, existe uma necessidade dos profissionais de saúde buscarem aprimorar as práticas sanitárias, tornando-as mais efetivas ao incluírem, em sua rotina profissional, o conhecimento epidemiológico da comunidade sob seus cuidados, ou seja, dos agravos e doenças que acometem essa clientela e que, portanto, precisam e devem ser longitudinalmente acompanhados. Para tanto, utilizam, em seu cotidiano de trabalho, ações programadas como o cadastramento e acompanhamento contínuo e íntegro dos usuários, bem como de suas famílias (FERREIRA,2008).

Entretanto, as ações profissionais não devem ser apenas voltadas para o que se é programado e esperado. A equipe deve estar atenta para os acontecimentos inesperados que pode acontecer no dia-a-dia das pessoas e que comprovadamente chegam aos serviços de saúde. Portanto, intencionando a resolutividade das demandas espontâneas que precisam ser acolhidas, buscando entender as causas e efetivando a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da população assistida (FERREIRA, 2008).

Reforçando, o que é posto nas principais características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, que é referido na Política Nacional de Atenção Básica, estabelece a revisão das diretrizes e normas na organização da ABS para o PSF e PACS, conforme preconizado pela Portaria n.º 648/GM, de 28 de março de 2006, que afirma:

- I - definição do território de atuação das UBS;
- II - programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais freqüentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea;
- III - desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida;
- IV - desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis;
- V - assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial;
- VI - implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento;
- VII - realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;
- VIII - participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações;

IX - desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e
X - apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social (BRASIL, 2006 p.6).

Nessa perspectiva, torna-se necessário que os profissionais tomem conhecimento dessas questões, projetando suas ações para além da teoria e incluindo-as em suas práticas diárias(FERREIRA, 2008).

Assim, uma vez que a ESF propõe que o foco da atenção à saúde volte-se a uma produção coletiva e social com mudanças no agir do cotidiano dos profissionais e (re)organização dos serviços de saúde, torna-se importante realizar uma reflexão sobre as práticas dos profissionais nos vários momentos de encontro com os sujeitos, ou seja, se suas atitudes estão de acordo com as singularidades desses momentos, o que implica mudanças no modelo assistencial vigente, que só se dará se houver uma reorganização de todo o processo de trabalho e o trabalho das equipes, com novas formas e práticas concretas para a produção da saúde(FRANCO; MERHY, 2003).

3.2.1 O USUÁRIO NA ESF: DEVIRES MÚLTIPLOS

O comportamento e atitude dos usuários são muitas vezes determinados pelas formas como se dá seu primeiro contato ao demandarem determinados serviços nas Unidades. Nesse encontro a implicação ou não dos trabalhadores será determinante para os modos operantes em que vai se construir a relação usuários- trabalhadores e as tecnologias a serem acessadas. Para Schwartz e colaboradores (2010) deve haver o envolvimento de todos os atores, desde os que atuam na portaria, que pode ser o atendente ou porteiro, com o poder de deixar entrar ou não, até os profissionais de saúde, que irão concretizar os atos de saúde.

Em estudo que aborda a opinião do usuário sobre o serviço que lhe é prestado na ESF, os mesmo autores encontraram que muitos foram os avanços percebidos, como uma melhoria ao que era ofertado, anteriormente, onde se tinha uma oferta restrita e de baixa qualidade. Mas o estudo também aponta várias dificuldades,

apartir das queixas dos usuários como: estrutura física inadequada, dificuldades com consultas médicas e de enfermagem, períodos longos em filas de espera para atendimento, excessivos encaminhamentos e entre outros problemas (SCHWARTZ et al., 2010).

Outro aspecto apontado por este estudo é a falta de conhecimento dos usuários sobre os seus direitos em relação ao SUS e o exercício da cidadania. Um outro aspecto que o estudo aborda diz respeito ao processo de descentralização e hierarquização da rede de serviços, voltado ainda para um modelo médico hegemônico, e sempre avaliando e solicitando serviços médicos e procedimentos técnicos. Essa forma de organizar os serviços de saúde tem mostrado quão grande é o desafio para os gestores e profissionais para recriar o espaço de trabalho dentro da ESF (SCHWARTZ et al., 2010).

Reafirmando esse olhar, Oliveira e Albuquerque (2006) fazem uma abordagem semelhante ao discutir a percepção dos usuários sobre a ESF. As autoras perceberam que os usuários não entendem o funcionamento do Programa, sempre requerendo da equipe um atendimento curativo e não valorizando o trabalho educativo, procurando sempre por consultas médicas de especialidades, remédios e exames laboratoriais.

Por outro lado, os profissionais de saúde percebem esses entraves como respostas aos problemas que são enfrentados no seu cotidiano de trabalho, que veem as condições de trabalho como uma das principais limitações da ESF, tanto materiais, quanto estruturais; que não atende às necessidades da população ou aos ideais do SUS, comprometendo a assistência prestada. Mesmo com essas limitações há uma satisfação profissional em realizar trabalhos educativos de prevenção e promoção à saúde, com apego, envolvimento ligado a razões morais e considerando o seu trabalho uma atividade de responsabilidade social e um dever a ser cumprido (PAIM, 2008; OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2008).

É nesse sentido que o encontro entre o trabalhador e o usuário tem o poder de afetar um ao outro, obtendo resultados que tanto podem ser de acolhimento, vínculo, autonomia, solidariedade, satisfação, quanto um atendimento burocrático,

descuidado, gerador de insatisfação e sofrimento que pode resultar em um aumento ou redução da potência do agir de ambos os atores envolvidos na produção das tecnologias, que não definem a potência dos atos de cuidado (FRANCO et al., 2009).

Esse é um tema vasto e complexo, para o qual se busca contribuir fomentando transformações na prática profissional dos trabalhadores de saúde do município de Vitória, analisando o trabalho que é prestado à população, buscando obter respostas para propor novas ações de saúde coletiva na construção da humanização nos serviços, tanto no que diz respeito aos trabalhadores de saúde, quanto nas relações com os usuários e demais atores envolvidos nesse processo.

3.3 A PRÁTICA PROFISSIONAL E SUA DIMENSÃO CUIDADORA: SUBJETIVIDADES EM ATO

O cuidado não é meramente um ato, mas implica atitude, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro. É uma influência mútua entre sujeitos, visando ao alívio de um sofrimento ou ao alcance de um bem-estar (BUB et al., 2006; BOFF, 2009). Nessa linha, prioriza-se o cuidado social sobre o individual e o desenvolvimento humano, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida (AYRES, 2004). No campo da saúde, o cuidado é sua própria razão de ser; é o meio e o fim de todas as ações desenvolvidas pelos profissionais (MERHY, 2007).

Assim, o enfoque buscado na noção de cuidado apresentada, inclui não apenas uma conduta assistencial, mas uma prática no exercício da atenção à saúde pautada na integralidade e em uma prática cuidadora (PINHEIRO; CECHIN, 2006). Nesse sentido, pode-se afirmar que todo profissional de saúde, independente do papel que desempenha, é sempre um “operador do cuidado” e, como tal, deveria ser capacitado para atuar no terreno específico das tecnologias leves, com os modos de produzir o acolhimento; responsabilizações e vínculos; e ser responsável pelo projeto terapêutico; agindo também de forma dupla, podendo ser o gestor do

processo de cuidar através da administração de toda uma rede necessária para realização do projeto terapêutico (MERHY, 2007).

Assim, o trabalho em saúde deve se propor a ser um encontro de profissionais comprometidos ético-efetivamente e centrados nos usuários e suas necessidades (SILVA JUNIOR, 2006). Entretanto, encontramos trabalhadores de saúde que agem de forma distinta na produção do cuidado, isto é, agem de formas diferentes entre si, mesmo estando em uma mesma equipe. Não seguem um padrão, transmitindo uma prática de cuidado de acordo com a singularidade de cada um (FRANCO et. al., 2009).

Essa “singularidade” está presente nos diferentes territórios aos quais os trabalhadores estão inseridos, significando que onde estiver o trabalhador, seja no hospital, na Atenção Básica, na Atenção Especializada ou no domicílio, opera o cuidado que se inscreve no seu universo como uma ética construída (aparentemente própria). Portanto, o cuidado não é definido pelo lugar físico em que é prestado e sim pelo território no qual o trabalhador se inscreve com sua ótica ético-política (FRANCO et. al., 2009).

Há que se considerar, também, as necessidades dos trabalhadores atuarem na produção do cuidado a partir de seus saberes e práticas específicas, mobilizando seu modo de agir acerca do problema que vai enfrentar e sobre o qual irá utilizar os recursos específicos de seu campo profissional, com uma atividade cuidadora de saúde a partir de um território dos processos relacionais que engloba o uso de tecnologias leves que qualquer profissional pode exercer (SILVA JUNIOR, 2006).

Ao mesmo tempo, encontram-se disponíveis estudos e conhecimentos tecnológicos que se propõem a resolver e alcançar esses problemas, entre os quais são comuns relatos de queixas dos usuários acerca da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema, o que faz com que se sintam inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados e desprezados (MERHY, 2007).

Assim, como apresenta Lima (2009) há uma necessidade de construção de um SUS humanizado, como objeto de desejo, e que se pode fazer a partir das práticas de cuidado, que ganha sentido quando a existência do outro ganha significado, quando se tem o sentimento de importância de solidariedade com o sofrimento do outro e quando há uma sensibilização com todos os seus sofrimentos, fracassos, limitações, sucessos e avanços.

4 CONTEXTUALIZANDO O CAMPO DA PESQUISA

4.1 CONHECENDO O MUNICÍPIO DE VITÓRIA

O município de Vitória é a segunda capital mais antiga do país, que nasce no dia 8 de setembro de 1551, na então ilha de Guaninira ou Ilha do Mel, nome dado pelos povos indígenas que viviam aqui. A Ilha de Vitória é formada por um arquipélago composto por 33 ilhas e por uma porção continental, totalizando 105 quilômetros quadrados (PMV, 2010).

A capital do Espírito Santo, com 325.453 habitantes, é o centro da Região Metropolitana, que congrega mais seis municípios - Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Vila Velha e Viana. Está localizada estrategicamente na Região Sudeste, próxima dos grandes centros urbanos do país. Limita-se ao Norte com o município de Serra, ao Sul com Vila Velha, a Leste com o Oceano Atlântico e a Oeste com o município de Cariacica (IBGE, 2010; PMV, 2010).

É a terceira capital brasileira em qualidade de vida por apresentar taxas como frequência escolar de 93%, alfabetização de 95% e expectativa de vida de 70 a 74 anos (PMV,2010).

A efetiva configuração da ESF no sistema de saúde no município iniciou a partir de 1998, sendo incluídas na agenda municipal as prioridades de realizar mudanças no contexto econômico, administrativo e social. Contemplando a busca por uma efetivação de um sistema de saúde com atenção universal, integral e com qualidade para toda a população assistida (SILVA, 2004 apud FERREIRA, 2008).

Para tanto, a partir de 1992, o município estabeleceu algumas diretrizes e princípios norteadores no sentido de construir um modelo de assistência à saúde efetivo e consolidado com os Sistemas Locais de Saúde (SILOS), voltados para a participação popular, a descentralização, a democratização e a territorialização na prática da vigilância em saúde (PMV, 2010).

Inicialmente, entre 1992 e 1993, realizou-se a divisão do Município em regiões de saúde (Anexo A), estando hoje dividida em seis regiões de saúde: Continental,

Maruípe, Centro, Santo Antônio, Forte São João e São Pedro, com a atenção básica organizada em uma rede contemplada com 28 UBS, sendo 21 ESF, 3 PACS e 4 UBS, possibilitando ações intersetoriais voltadas para a população de acordo com o seu perfil epidemiológico, com diagnósticos situacionais de saúde das regiões de saúde, priorizando os principais problemas de saúde enfrentados por cada região e contribuindo com a efetivação da participação popular (PMV, 2010).

O processo de territorialização teve seu início em 1995 com o objetivo de implantar um modelo de atenção à saúde. A partir dessas implementações e da realização de Conferências Regionais de Saúde deu-se o surgimento de uma discussão sobre a implantação do Programa de Saúde da Família, sendo considerada a melhor estratégia para organizar a Atenção Primária à Saúde no Município e ampliar o acesso aos serviços de saúde (PMV, 2010).

4.2 A IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA

O município de Vitória tem passado por um enorme crescimento populacional nos últimos anos. Segundo dados da Prefeitura, entre 1980 e 2004 a cidade teve um aumento populacional de 50%, passando de 207.515 habitantes, em 1980, para 253.758 habitantes, em 1990. Em 2004, tinha 305.898 habitantes, sendo 144.349 homens e 161.549 mulheres (PMV, 2010).

Assim, a implantação do Programa de Saúde da Família em 1998, vem com a perspectiva de reorganização da Atenção Básica no município, com o intuito de criar um sistema integrado de serviços na saúde, humanizado e com equidade, com o intuito de priorizar as populações com maiores índices de riscos (GIOVANELLA, 2009).

Mas, até então, o município não contava com nenhum programa que servisse de base para a consolidação do Programa de Saúde da Família, nascendo o PSF, em 1998, vinculado a um projeto intersetorial prioritário do governo municipal, o Projeto

Terra, com o objetivo de implantar políticas de urbanização, infra-estrutura e desenvolvimento social (GIOVANELLA, 2009; SILVA, 2009).

Em sua implantação, o PSF foi voltado para regiões com piores índices epidemiológicos, com cinco equipes de Saúde da Família contemplando os bairros de Andorinhas, Resistência, Jesus de Nazareth e a região de Grande São Pedro, correspondendo a uma cobertura de 10% da população do município (GIOVANELLA, 2009; SILVA, 2009).

Seu estabelecimento veio com o processo de municipalização do Sistema Público de Saúde no Brasil, até então recente e incipiente. À época, o Município não fora habilitado em nenhuma das condições de gestão da NOB/SUS/93 e apenas em 1998 habilitou-se para a NOB/SUS/96 à condição de gestão plena da Atenção Básica (GIOVANELLA, 2009).

Com isso, Vitória apresenta quatro fases na implantação do PSF: I – Definição dos Territórios e das Regiões de Saúde; II – Formação de equipes de saúde da família; III – Conversão das Unidades Básicas de Saúde em Saúde da Família e IV – Substituição dos profissionais contratados por efetivos (GIOVANELLA, 2009).

Em março de 2011, o município contava com 77 Equipes de Saúde da Família, cobrindo uma população estimada de 258.750 habitantes, com 70,73% de população cadastrada; 795 Agentes Comunitários de Saúde, cobrindo uma população de 220.225 habitantes, com 69,29% de cobertura populacional estimada, contando com uma evolução na cobertura da ESF e número de Famílias Cadastradas (Anexos B e C) (BRASIL, 2011; DATASUS, 2011).

A cobertura de ESF do município de Vitória ultrapassa a média de cobertura Nacional, contando com bairros e serviços de saúde por regiões (Anexo A), com 6 Regiões: 1 – Região de Maruípe; 2 – Região Continental; 3 – Região Centro; 4 – Região de São Pedro; 5 – Região de Santo Antônio e 6 – Região Forte São João. Com 28 Unidades Básicas de Saúde, sendo 21 Estratégias Saúde da Família; 4 Programas de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e 3 Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2011; GIOVANELLA, 2009).

De modo geral, podem ser encontrados os seguintes serviços sendo oferecidos nessas UBS's: consultas médicas e de enfermagem, visitas domiciliares, atendimentos psicológico, odontológico, fonoaudiológico e de serviço social, atividade orientada, vacina, nebulização, realização de curativos, coleta de exames laboratoriais, dispensação de medicamentos, marcação de consultas e exames especializados, atividades de imunização, avaliação e classificação de risco, esterilização de materiais e dosagem de glicemia, ações de educação e promoção em saúde e realização de ações programáticas voltadas ao planejamento familiar, à hipertensão e diabetes mellitus e a adolescentes. Sendo que em 2008 cada ESF se responsabilizava, em média, pelo acompanhamento de 1025 famílias (GIOVANELLA, 2009; BRASIL, 2011).

Por fim, a consolidação dessa Estratégia tem a necessidade de ser sustentada por um processo que permita uma real substituição da rede básica nos serviços dos municípios, devido a sua capacidade de resultados positivos em todas as melhorias da qualidade de vida da população assistida, dos graus de satisfação dos trabalhadores e usuários e dos indicadores de saúde (BRASIL, 2010).

5 METODOLOGIA

5.1 DESENHO DO ESTUDO

Pensando em priorizar as vivências do grupo estudado e as relações que os mesmos têm com o tema, optamos pelo método de pesquisa exploratório descritivo, de abordagem qualitativa.

A pesquisa foi de aspecto exploratório por aproximar-se do objetivo vislumbrado que, segundo Gil(1996), é:

“[...] proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou construir hipóteses [...] [além do] aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições [...]”.

O interesse em desenvolver este estudo ocorreu pela necessidade de compreender a realidade humana vivida socialmente, não havendo preocupação em quantificar ou explicar a causalidade dos fenômenos como nas perspectivas positivista (TRIVIÑOS, 1987; MINAYO, 2004).

Optou-se pela abordagem qualitativa devido a esse método ser o que se aplica ao estudo das relações, das representações, das percepções e das opiniões, dos produtos das interpretações que os homens fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2008).

Assim, voltou-se a atenção à captura do ponto de vista dos atores sociais, privilegiando os aspectos de suas consciências, da subjetivação entre o sujeito e o pesquisador e dos significados atribuídos pelos atores a determinado contexto (TRIVIÑOS, 1987).

Desse modo, todo o processo de conhecimento na investigação social acaba permeado pelas diferentes visões de mundo, tanto dos atores sociais como do

pesquisador³ que, por sua vez, também acaba nessa interação social, sendo parte da observação (MINAYO, 2004).

Dentro dessa abordagem, o processo é mais importante que os resultados; não se busca uma verdade única, explicações causais ou generalizações e os fenômenos são únicos do mesmo modo como são apreendidos e interpretados (MINAYO, 2004).

5.2 TERRITÓRIO DO BONFIM

Para todo o desenho e método que foi utilizado torna-se necessário conhecer e saber sobre o território em questão. Guatarri (1996) ressalta que os seres se organizam em territórios, que pode ser relativo tanto a um espaço vivido quanto a um sistema percebido no seio do qual o sujeito se sinta em casa. É um conjunto de representações que desembarcam uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos e cognitivos. Logo, territorializar é ver o concreto, o que se forma, o que é visto através do que se pode mensurar (ROLNIK,2006).

A desterritorialização é um processo que busca engajar-se em linhas de fuga, onde se desconstrói o que já é percebido e vivido e forma-se uma nova superfície para se analisar e observar. Mostra o que não se consegue observar a olho nú,mas está acontecendo. Já reterritorialização é uma nova construção do que se observou nesses momentos, levando o pesquisador a uma nova visão do que estuda (ROLNIK,2006).

Assim, os usuários do serviço em saúde em todos os momentos experimentaram e se afetaram com a busca pelo serviço e muitas vezes construíram “linhas de

³ Muito tem se falado sobre a interação do pesquisador com o tema a ser estudado por ele. Nessa perspectiva, é relevante salientar a inter-relação que existe entre o tema proposto para estudo e suas representações na vida dos profissionais envolvidos na pesquisa que, atualmente, é enfermeiro sanitário. Isto parece colaborar com o melhor entendimento do problema que se levanta. Para a pesquisadora Mirian Goldenberg (2001 p. 45), quanto mais o pesquisador tem consciência de suas preferências pessoais, mais é capaz de evitar o viés, muito mais do que aquele que trabalha com a ilusão de ser orientado apenas por considerações científicas.

fuga”para poder encarar a necessidade e vontade de obterem as respostas aos seus problemas.

Nesse contexto, o campo de estudo foi a Unidade de Saúde da Família (USF) Thomaz Tommasi, localizada no bairro Bonfim, uma das seis Unidades de Saúde, (Maruípe, Bonfim, Santa Marta, Andorinhas, Consolação e Bairro da Penha), pertencentes à Região de Saúde de Maruípe, no município de Vitória.

A USF Thomaz Tommasi atualmente está composta por três equipes de Saúde da Família, distribuídas da seguinte forma: equipe 01: 1 médico,1 enfermeira, 3 auxiliares de enfermagem e 4 agentes comunitários; Equipe 02: 1 médica, 1 enfermeira, 3 auxiliares de enfermagem e 5 agentes comunitários; Equipe 03: 1 médica, 1 enfermeira, 4 auxiliares de enfermagem e 5 agentes comunitários.

Além dos profissionais acima citados, a Unidade e suas três equipes de saúde da Família ainda contam com o suporte de outros profissionais,a saber: uma médica pediatra, uma psicóloga, um médico ginecologista, um assistente social, uma farmacêutica, uma assistente de farmácia, três assistentes administrativos e dois estagiários de nível superior. Vale destacar, ainda, a presença de duas auxiliares de serviços gerais e quatro vigilantes que fazem a segurança patrimonial.com essa equipe. A Unidade é responsável pela cobertura de uma população de aproximadamente 9.891 pessoas.

Optou-se por essa USF devido estar localizada em uma área de adscrição do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, sendo campo de prática de muitos cursos de graduação e pós graduação, formadora de novos trabalhadores da saúde, sendo a única Universidade Pública do Estado, e em um território já familiar, dado experiência anterior como docente do curso de graduação em enfermagem.

5.3 SUJEITOS DO ESTUDO

O estudo teve como sujeitos dez usuários, identificados com números arábicos em ordem crescente, e seis profissionais, identificados da mesma forma, sendo um

médico, um enfermeiro, um psicólogo, um técnico de enfermagem e dois agentes comunitários de Saúde (ACS), da USF em questão. Os critérios de inclusão utilizados foram:

- Usuários: serem maiores de dezoito anos, residentes há pelo menos um ano na região de cobertura da ESF e não usuários de planos privados na saúde suplementar. Entende-se que maiores de 18 anos tem uma maior probabilidade de procurar espontaneamente os serviços de saúde ofertados, em vez de simplesmente por ajuda de outras pessoas, serem moradores há mais de um ano conhecerem os serviços de saúde ofertados e que ser apenas usuário do SUS implica em sua opinião ter influência apenas do serviço público de saúde.

- Profissionais de saúde: ser profissional da USF, inserido no serviço por no mínimo um ano, de acordo em compartilhar seus sucessos e insucessos no serviço de saúde. Entende-se que estar inserido no serviço por no mínimo um ano é tempo suficiente para ter conhecimento e vínculo maior com o serviço e os usuários que freqüentam a UBS.

A escolha dos participantes foi baseada na disposição dos usuários e profissionais de saúde para falar sobre os temas eleitos para este estudo e no interesse e falas significativas observadas no contato com eles. Conhecendo os objetivos e a finalidade acadêmica do estudo, os mesmos assinaram, em duas vias, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), que apresentou todas as informações necessárias sobre a pesquisa, de acordo com a Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996.

5.4 PROCEDIMENTOS DE CONSTRUÇÃO DO MATERIAL DE ESTUDO

O início desta investigação ocorreu a partir do momento em que o pesquisador entrou na Unidade de Saúde estudada como aluno de Estágio em Docência do Ensino Superior no curso de mestrado, acompanhando alunos do curso de Enfermagem na disciplina de Estágio Curricular Obrigatório I.

Assim, buscou-se adentrar no serviço como um observador implicado. A técnica de observação participante se estabeleceu através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. O observador, enquanto parte do contexto de observação, estabeleceu uma relação face a face com os observados. Nesse processo, ele, ao mesmo tempo, pode modificar e ser modificado pelo contexto (MINAYO, 2008).

A importância dessa técnica reside no fato de se poder captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real, incluindo coisas como a rotina do dia-a-dia de trabalho, os detalhes dos cuidados prestados; a existência de grandes hostilidades e de simpatias e antipatias passageiras entre as pessoas; as maneiras sutis em que as vaidades e ambições se refletem no comportamento dos indivíduos e nas relações emocionais do que os rodeiam, entre outros (MINAYO, 2008).

Em sequência, agendaram-se entrevistas com os sujeitos selecionados, em horários que não interferissem ou coincidissem com qualquer atividade na qual o profissional de saúde e o usuário estavam inseridos.

Para tanto, os dados foram coletados individualmente, através de entrevista com roteiro semi-estruturado (Apêndices B e C), tendo como base a ferramenta utilizada por Silva (2009), e gravada com um áudio-cassete, não havendo um tempo previamente estimado para cada entrevista e cuja realização se deu no local em que os sujeitos trabalham ou utilizam para atendimento.

Durante todo o processo de estudo, o pesquisador participou da construção do conhecimento com suas percepções, conhecimentos, vivência, experiência, cotidianidade e também com a compreensão que tem das estruturas de trabalho. Assim, Minayo (2004), afirma que “Nesse ponto de vista, a linguagem, as práticas e as coisas são inseparáveis”.

5.5 ANÁLISE DO MATERIAL

As palavras “análise” e “interpretação” estão intimamente relacionadas. Há autores que entendem a “análise” como descrição dos dados e a “interpretação” como articulação dessa descrição com conhecimentos mais amplos e que extrapolam os dados específicos da pesquisa. Outros autores já compreendem a “análise” num sentido mais amplo, abrangendo a “interpretação”. Para Minayo (2004), “a análise e a interpretação estão contidas no mesmo movimento: o de olhar atentamente para os dados da pesquisa”.

Com base em Minayo (2004), pode-se apontar três finalidades para essa etapa: estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural da qual faz parte. Essas finalidades são complementares, em termos de pesquisa social.

Segundo Demo (1991), o que na verdade interessa em uma pesquisa qualitativa é o conteúdo e não a forma. Assim, o material coletado foi submetido à técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2009), que é uma ferramenta para a compreensão da construção de significado que os atores sociais exteriorizam no discurso, o que permite ao pesquisador o entendimento das representações que o indivíduo apresenta em relação à sua realidade e à interpretação que faz dos significados a sua volta.

A utilização da análise de conteúdo se fez em três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na primeira fase, estabelece-se um esquema de trabalho que deve ser preciso, com procedimentos bem definidos, embora flexíveis. Na segunda fase há cumprimento das decisões tomadas anteriormente e, por fim, terceira fase, o pesquisador, apoiado nos resultados brutos, procura torná-los significativos e válidos (BARDIN, 2009).

A pré-análise: a organização do material, quer dizer de todos os materiais que serão utilizados para a coleta dos dados, assim como também como outros materiais que

podem ajudar a entender melhor o fenômeno e fixar o que o autor define como *corpus* da investigação, que seria a especificação do campo que o pesquisador deve centrar a atenção.

A Exploração do material: nesta etapa o material reunido, que constitui o *corpus* da pesquisa, é mais bem aprofundado, sendo orientado em princípio pelas hipóteses e pelo referencial teórico, surgindo desta análise quadros de referências, buscando sínteses coincidentes e divergentes de idéias.

Tratamento dos resultados: é a fase de análise propriamente dita. A reflexão, a intuição, com embasamento em materiais empíricos, estabelecem relações com a realidade aprofundando as conexões das idéias, chegando, se possível, à proposta básica de transformações nos limites das estruturas específicas e gerais.

Entretanto, a análise de conteúdo não obedece a etapas rígidas, mas segue uma reconstrução simultânea com as percepções do pesquisador com vias possíveis nem sempre claramente balizadas.

Assim, para esse método ser utilizado neste estudo, o conteúdo coletado foi fielmente transcrito e lido várias vezes. Posteriormente, coube uma avaliação criteriosa de todo o conteúdo empírico e da fundamentação teórica, em um movimento dialético entre a subjetividade e a objetividade. A transcrição das entrevistas seguiu o proposto por Minayo (2004), que recomenda preservação das características originais da fala, como as gírias, hesitações, erros gramaticais, risos, pausas ou outros acontecimentos, para análise posterior dos dados.

5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi realizada em consonância com as recomendações da Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde para Pesquisa Científica em Seres Humanos. A aprovação foi dada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFES, sob registro número 033/2010(ANEXO D).

Para a coleta dos dados, a pesquisa foi aprovada pela Secretaria Municipal de Saúde de Vitória – ES (ANEXO E) e para coletar informações com os usuários participantes utilizamos um termo de consentimento informado (APÊNDICE A) e os dados serão coletados após aprovação institucional e individual.

Os resultados encontrados serão disponibilizados à Universidade Federal do Espírito Santo/Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, à Prefeitura Municipal/Secretaria de Saúde de Vitória, ao Fundo de Apoio à Ciência e Tecnologia do Município de Vitória (FACITEC) e divulgado através de periódicos específicos da área.

6 ARTIGOS

**6.1 ARTIGO 01: A RELAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS E
USUÁRIOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE: TEIAS DE
(DES)AFETAMENTOS**

A RELAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE: TEIAS DE (DES) AFETAMENTOS

RESUMO

Buscou-se analisar as configurações produzidas nas práticas de cuidados no encontro usuário e trabalhadores de saúde em uma Unidade de Saúde da Família no Município de Vitória-ES. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, de abordagem qualitativa, tendo como sujeitos seis profissionais de saúde e dez usuários, com dados coletados por meio de roteiro semi-estruturado e analisados pela técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2009). Constatou-se que, embora possa haver limitações dos profissionais de saúde na construção de seu vínculo com o usuário, houve o reconhecimento por parte dos profissionais de que os relacionamentos construídos no cotidiano de trabalho são considerados como positivos. Ambos os grupos pesquisados observaram uma melhoria nos serviços prestados para a população, entretanto, mesmo reconhecendo que a Estratégia de Saúde da Família tem favorecido avanços, apontam limitações que dificultam o acesso aos serviços prestados, como perpetuação de filas, demora no atendimento e descomprometimento de alguns profissionais. Isso embasa discussões a serem levantadas pela Equipe, consolidando a oferta de serviços com normas concretas para operar em seu território, que deve ser hegemônico na regulação das práticas dos trabalhadores.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Família/Processo de Trabalho em Saúde/Profissionais de Saúde e Usuários.

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE PROFESSIONALS AND USERS OF A HEALTH UNIT:'S WEBS (DES)AFETAMENTOS

ABSTRACT

We attempted to analyze the configurations produced in the care in meeting between users and health workers in a Family Health Unit in Vitória-ES. This is an exploratory descriptive qualitative approach, having six protagonists as health professionals and ten users, with data collected through semi-structured and analyzed using content analysis proposed by Bardin. It was found that although there may be limitations of health professionals in building their relationship with the user, there was recognition by professionals that relationships built in the daily work are considered positive. Both groups surveyed reported an improvement in services for the population, however, while acknowledging that the Family Health Strategy has favored progress, point out limitations that hinder access to services, such as perpetuation of queues, delays in care and disengagement of some professionals. This underlies the discussions to be raised by the team, consolidating the provision of services with specific rules to operate in its territory, which must be hegemonic in the regulation of workers' practices.

KEY WORDS - Family Health Worker Process Health, Health Professionals and Users.

INTRODUÇÃO

O Programa Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi formulado e implementado no Brasil no início de década de noventa, como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica, em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). O Programa foi concebido no sentido de se contrapor ao que antes estava instituído - um modelo de atenção centrado na doença, tecnicista e hospitalocêntrico, que não atendia mais as necessidades de saúde da população. Surge, assim, uma nova maneira de pensar/fazer a saúde tendo a família como centro da atenção, introduzindo um processo de intervenção em saúde, na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre o seu público assistido¹.

Essa Estratégia, que nasce para propiciar a reorientação do modelo assistencial, envolve em sua prática equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS) que são responsáveis pelo acompanhamento de um número pré estabelecido de famílias, localizadas em uma área geográfica determinada – territórios de saúde - ,com equipes que atuam na promoção da saúde, prevenção da doença, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes².

Trata-se, assim, de uma estratégia vital na consolidação do SUS, cuja velocidade de expansão comprova a grande adesão dos gestores municipais e estaduais aos seus princípios. A ESF apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos no Brasil, contando em junho de 2010 com o total de 79.028 Equipes de Saúde da Família, em 5.269 municípios, cobrindo uma população de 97.953.775 habitantes, com cobertura populacional estimada de 51,64%².

Entretanto, juntamente a esse crescimento, vislumbram-se desafios como crise de financiamento para expansão dos serviços, com as sempre limitadas modalidades de repasses federais, remuneração insuficiente dos serviços prestados, falta de

comprometimento de alguns profissionais, desvalorização, desmotivação e alta rotatividade de pessoal, acarretando desequilíbrios nas diretrizes e princípios do SUS, promovendo uma universalidade fragmentada, excludente e carente de equidade e integralidade^{3;4}.

Outro ponto desafiador a ser considerado na efetivação da ESF diz respeito à mudança no modelo assistencial, que se sustenta em algumas premissas como: o conceito de “porta de entrada”, formação de vínculos entre os profissionais e a comunidade, integração dos serviços de saúde a uma rede assistencial resolutive, garantindo a integralidade das ações e o apoio do Estado e dos municípios⁵.

Este novo modo de pensar a atenção à saúde se iniciou no município de Vitória a partir de 1998⁶, vinculado a um projeto intersetorial prioritário do governo local, o Projeto Terra, com o objetivo de implantar uma política de urbanização, infraestrutura e desenvolvimento social^{4;6}. Em junho de 2010, tal iniciativa havia contemplado a implantação de 77 equipes de ESF, cobrindo uma população estimada de 258.750 habitantes, significando uma cobertura populacional estimada de 70,73%⁷.

Com isso, mesmo reconhecendo os avanços e desafios decorrentes da implementação dessa política, fazem-se necessários o conhecimento e a análise da Atenção Básica e seus protagonistas (profissionais de saúde, gestores e usuários) para identificação de “nós críticos” e pontos de intervenção que possam orientar as políticas e ações que concretizam os princípios gerais da proposta de garantir atenção à saúde para todos⁴.

Para tanto, objetivou-se analisar as relações produzidas nas práticas de cuidados no encontro usuário e trabalhadores de saúde, uma vez que esses protagonistas são a base para viabilização das ações, serviços e projetos no âmbito dos cuidados

prestados, e que uma análise do seu cotidiano mostra como estes serviços estão sendo exercidos, uma vez que sua função essencial é o atendimento à população que necessita de atenção-saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, de abordagem qualitativa, cujo campo de estudo foi a Unidade de Saúde da Família (USF) Thomaz Tomassi, inserida no Território de saúde do Bonfim, pertencente à região de saúde de Maruípe, no município de Vitória. Optou-se por essa USF pela singularidade da mesma de ser a única unidade da rede municipal de saúde inserida no espaço de adscrição do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), sendo campo de prática de cursos de graduação e pós-graduação da área da saúde.

O estudo teve como sujeitos dez usuários, identificados com números arábicos em ordem crescente, e seis profissionais, identificados da mesma forma, sendo um médico, um enfermeiro, um psicólogo, um técnico de enfermagem e dois agentes comunitários de Saúde (ACS), da USF em questão. O critério de inclusão utilizado foi: 1) usuários: maiores de dezoito anos, residentes há pelo menos um ano na região de cobertura da ESF e não usuários de planos privados na saúde suplementar. 2) profissionais de saúde: ser profissional da USF, inserido no serviço por no mínimo um ano, de acordo em compartilhar seus sucessos e insucessos no serviço de saúde. A escolha dos participantes foi baseada na disposição dos usuários e profissionais de saúde para participar da entrevista. Conhecendo os objetivos e a finalidade acadêmica do estudo, os mesmos assinaram, em duas vias, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que apresentou todas as informações necessárias sobre a pesquisa, de acordo com a Resolução 196/96 de

10 de outubro de 1996⁸. A aprovação foi dada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CCS da UFES, sob registro número 033/2010.

O início da investigação ocorreu a partir do momento em que o pesquisador entrou na Unidade como aluno de “Estágio em Docência do Ensino Superior” do curso de Mestrado em Saúde Coletiva da UFES, acompanhando os alunos do curso de graduação em Enfermagem, na disciplina de Estágio Curricular I, buscando, assim, através de “observação participante”, adentrar no serviço como um pesquisador implicado, estabelecendo uma relação “face a face” com os entrevistados. A importância dessa técnica – observação participante -, reside na capacidade da mesma em captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real, incluindo aspectos da rotina do trabalho, os detalhes dos cuidados prestados, a existência de grandes hostilidades, de simpatias e antipatias, as maneiras sutis em que tensões, conflitos, vaidades e ambições se refletem e se revelam no comportamento dos indivíduos e nas relações dos que os rodeiam, entre outros⁹.

Em sequência, foram agendadas entrevistas com os selecionados; os dados foram coletados individualmente, utilizando-se um roteiro semi-estruturado. As entrevistas foram realizadas na própria USF, gravadas em áudio e com duração média de trinta minutos.

A transcrição buscou garantir os detalhes de cada entrevista. A leitura do texto transcrito concomitante à audição das falas garantiu a fidelidade do conteúdo. Todo o material produzido foi submetido à técnica de “Análise de Conteúdo”, conforme proposto por Bardin¹⁰, para quem tal análise consta de uma ferramenta para a compreensão da construção de significados que os atores sociais exteriorizam no

discurso, o que permite ao pesquisador o entendimento das representações que o indivíduo apresenta em relação a sua realidade e a interpretação que faz dos significados à sua volta.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Participaram deste estudo seis profissionais de saúde e dez usuários.

O grupo “profissionais” incluiu somente mulheres de formação básica diversificada, a saber, Enfermagem, nas categorias de Auxiliar e Enfermeiro; Psicologia; Medicina; ACS; com idade média de 43 anos, variando entre 29 a 58 anos e média de trabalho na USF igual a 04 anos, variando de um a nove anos.

À exceção da psicóloga, cuja inserção naquela Unidade é recente, todas as outras entrevistadas tem um tempo mínimo de serviço que varia entre dois e nove anos. Esta caracterização de tempo de serviço favorece a dinâmica de funcionamento da Unidade de Saúde, pois se supõe que quanto maior o tempo de trabalho, maior será o seu vínculo com a população e com o processo de trabalho⁵.

Quanto aos usuários, o grupo foi constituído de 70% do sexo feminino, com idade média de 44,5 anos, variando entre 18 e 63 anos, e grau de escolaridade entre ensino médio (60%), fundamental completo (20%) e incompleto (20%). O tempo em que esses usuários freqüentam a USF variou entre um a 11 anos, com média de seis anos.

Estes dados permitem identificar que a busca pelo serviço de saúde é marcada pelo predomínio do usuário do sexo feminino, que buscam com maior freqüência os serviços de saúde, fazendo inferência com Angel¹¹ quando relata que a busca pelo serviço de saúde é marcada pelo predomínio do usuário do sexo feminino, que

buscam com maior freqüência os serviços de saúde¹¹. Quanto à idade, os dados aqui encontrados, com referência aos usuários, são favoráveis a maior diversidade de opiniões, visto que as percepções e demandas variam de acordo com a faixa etária dos usuários atendidos pela Unidade de Saúde¹². O grau de escolaridade da maioria dos entrevistados, situado como ensino médio completo, permite inferir que existe uma maior possibilidade desses sujeitos em incorporar e ou introjetar saberes importantes para um estilo de viver saudável, uma vez que o nível de informação tende a estar diretamente proporcional ao grau de escolaridade do usuário e à eficácia das estratégias de comunicação e informação em saúde, utilizadas tanto no âmbito da ESF, quanto no sistema municipal de saúde¹³

O PROCESSO DE TRABALHO: CADA UM NO SEU QUADRADO:

Na abordagem sobre como tem sido construídas as atividades diárias dos profissionais que compõem a USF Thomaz Tomassi, surge como ponto para discussão a perpetuação de um trabalho fragmentado, voltado para atenção individual, com a reprodução de saúde a partir dos conhecimentos específicos de cada profissão, reproduzidos de forma isolada. Pode-se identificar que a produção do trabalho em saúde na Unidade está sendo desenvolvida por algo como “cada um no seu quadrado” (profissionais voltados estritamente a sua rotina, com agenda de consultas sempre abarrotadas, o que se agrava com demanda muito intensa), conforme pode-se identificar na fala que segue:

“...cada profissional tem sua agenda que abre da forma que convém aos grupos de pré-natal, hiperdia, puericultura... tem os períodos que é de demanda, que são só intercorrências, que não são agendados, os ACS chegam com as demandas que não dá para aguardar o agendamento, então todos os dias pela manhã nós temos a demanda, que cada médico fica responsável por um dia específico, e no restante cada um abre sua agenda...” (Profissional 01)

O relato acima permite identificar que os “acordos” já existem para estabelecer quem ficará, em cada um dos dias da semana, responsável pela demanda que chega à

Unidade, ficando, enquanto isso, os outros profissionais responsáveis pelas ações cotidianas, essencialmente centradas em consultas agendadas. Assim posto, naquela USF, cada profissional tem uma agenda programada, com dias específicos para atender aos diversos grupos humanos ou diversos Programas, tal como o Hiperdia, de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos.

Como em todas as Unidades de Saúde, a USF Thomas Tomassi também está organizada para dar atenção a uma demanda espontânea, marcada muitas vezes por um mal estar ou adoecimento imprevisível ou de resolução inadiável.

Sendo da ordem do espontâneo, tal demanda não pode ser controlada. Entretanto, o que dizer a respeito das demandas programadas daquela Unidade de Saúde?

Tais demandas se justificam baseadas em um “diagnóstico situacional” da realidade do território, elaborado em 2009, segundo o qual os principais problemas de saúde dos usuários daquele território são Hipertensão, Diabetes e agravos por causas externas (violência doméstica, lesões de transporte, homicídios, agressões e quedas).

Contudo, no espaço de tempo compreendido entre a elaboração do referido diagnóstico e das entrevistas, houve grande rotatividade de profissionais; muitos com vínculos temporários foram substituídos por profissionais efetivos, devido concurso público em 2007. Como resultado, muitos desses profissionais, integrantes da equipe de saúde da unidade, desconhecem esse diagnóstico, conforme relato: *“Eu acho que foi feito, mas como eu não participei, não tenho como dar muitas informações”* (Profissional 01); o que compromete a utilização do mesmo enquanto ferramenta de gestão facilitadora da produção e construção do cotidiano de trabalho.

O esperado seria a socialização dos resultados desse diagnóstico, uma vez que essa ferramenta é uma forma de conhecimento da realidade local, de aproximar os

profissionais, intensificar as relações com os usuários, fazer com que seja atendida de forma eficaz a demanda que chega à Unidade, além de favorecer ações de educação em saúde. Assim, falta à Unidade priorizar um trabalho em equipe, com uma perspectiva coletiva, caracterizada pela interação entre as dimensões complementares de trabalho; mesmo porque ações interdisciplinares implicam, a médio e longo prazo, que um profissional se insira na prática do outro, de modo que ambos sejam transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos¹⁴.

Ao que parece, existe por parte dos profissionais a compreensão de que uma transformação é essencial ao contexto daquela Unidade:

“Creio que precisamos trabalhar juntos, estar educando os usuários, melhorando a qualidade de vida, acho que falta tanto dos profissionais, que não trabalham assim, e creio que falta essa troca dos profissionais de saúde com os usuários, para melhorar a saúde e a assistência prestada” (Profissional 03).

Um aspecto que chama atenção nesse relato é o fato de que os profissionais de saúde, mesmo adotando ações programáticas próprias de modelos assistenciais, percebem que como estão organizados os serviços prestados pela Unidade, não há como conseguir um processo de trabalho mais relacional, que possa atender efetivamente o usuário com práticas mais integralizadas.

A falta de troca de saberes e de diálogo entre a equipe e os usuários também compromete a efetividade do serviço. A USF Thomas Tomassi está inserida na ESF desde 2000, ano de sua criação, mas que concepções sobre este paradigma de pensar e fazer a saúde, em uma abordagem centrada na família têm os usuários de sua área de abrangência? Dentre os dez usuários entrevistados, apenas três tem uma concepção elaborada sobre a referida estratégia:

É esse aqui, eu acho que seria os médicos ir na casa, fazer visita, saber como estar, eu acho que por ser medico de família deveria ser diferente. Quando eu venho consultar só pode ser com o meu medico, que atende a minha família, eu acho que isso melhorou do que era antes, mas ainda precisa mais (usuário 03).

Já ouvi falar, no caso eu tenho na minha família um irmão que tem um problema de depressão profunda e é atendido, e La eles dão atividade para ele, como por exemplo esse que vai ter na feira do verde...faz terapia ocupacional, para não ficar parado. (Meu irmão) é depressivo, e por sinal ele vem melhorando gradativamente, devido esse tipo de atendimento do SUS.(usuário 06).

Já ouvir falar do programa, o programa é bom, vem em beneficio da saúde. Eu não tenho base sobre esse programa (usuário 05).

De forma geral, a maioria dos entrevistados tem algumas percepções do que seja esse modelo, apontam avanços e informações que os permite apostar no modelo mesmo tendo críticas ao seu modo operante: *“ele vem melhorando gradativamente, devido esse tipo de atendimento do SUS”* (usuário 06).

Para alguns outros é ainda um “ouvi falar”. Não foram integralmente tocados ou mesmo informados o suficiente para introjetarem as dinâmicas e as lógicas da ESF, conforme destacado nas seguintes falas dos usuários:

“Nunca ouvi falar, não sei, nunca participei, não sei não” (Usuário 01).

“Já ouvi falar, mas não sei, e eu queria saber” (Usuário 02).

“Já ouvi falar do programa, mas não sei o que é” (Usuário 07).

Tal situação é um desafio a ser enfrentado, pois neste território de saúde, ao que parece, a Unidade está oferecendo um “produto” que o usuário ainda desconhece, apesar da demanda desse usuário em querer saber o que é a ESF. A isto, soma-se outra questão relevante: os próprios profissionais que compõe a equipe de saúde daquela Unidade tem um conhecimento limitado, fragmentado sobre o território e seus problemas singulares de saúde. Cabe aqui uma reflexão a respeito de como esses profissionais estão potencializando seu encontro com os usuários, ou seja, se suas atitudes estão de acordo com as singularidades exigidas em cada um desses momentos¹⁵.

OS MÚLTIPLOS ENCONTROS: TEIAS DE INFORMAÇÕES

O processo de trabalho em saúde se produz no encontro do agente produtor e suas ferramentas (conhecimentos, equipamentos, tecnologias), com o agente consumidor, tornando-o em parte objeto da ação daquele produto, mas sem que com isso deixe de ser também um agente que, em ato, põe suas intencionalidades, conhecimentos e representações, expressas como um modo de sentir e elaborar as necessidades de saúde para o momento de trabalho¹⁶.

A relação profissional-usuário é marcada por uma sucessão de encontros que requerem por parte do profissional sensibilidade para perceber o modo de sentir do usuário, muitas vezes em um momento crítico da vida. O fragmento de fala apresentado a seguir consegue exemplificar isso:

“Tranqüilo, penso muito que todo mundo tá tentando fazer o que pode e faz do jeito que dá, tem coisas mais complicadas, mas precisamos entender, esse processo de trabalho tem peculiaridades, não lidamos com alegrias, lidamos com a pessoa no momento mais difícil...” (Profissional 02)

Esse encontro entre trabalhador e usuário tem a capacidade de afetar um ao outro e esses afetos podem causar felicidade, alegrias, sofrimentos e tristezas; aumentando ou diminuindo sua potência de agir no mundo e na vida¹⁷. No caso específico da saúde, as conexões entre os diversos processos de trabalho, que se realizam entre trabalhadores-trabalhadores, trabalhadores-usuários e usuários-usuários, podem formar um “campo energético” e produzir os bons encontros e os maus encontros entre esses diversos protagonistas, resultando em acolhimento, vínculo, autonomia, satisfação ou então o contrário, atendimento sumário, burocracia, heteronomia, insatisfação e sofrimento tendo como resultado o aumento ou redução da potência do agir^{17;18}.

Esses comportamentos e atitudes, quer de usuários ou profissionais, são muitas vezes determinados pela forma que se dá o primeiro contato na demanda de determinados serviços nas Unidades: quando se dá através de comportamentos “defensivos” e com gritos, geralmente vem justificado por uma forma instituída no subjetivo dos usuários de que, para acessar o serviço de saúde, devem adotar tais comportamentos para ter acesso à tecnologia necessária às suas necessidades; caso contrário, imagina que o acesso ao serviço será dificultado.

Assim, colocando-se em revista a posição dos usuários como um protagonista envolvido na construção de seu cuidado, tem-se que sua relação com os profissionais de saúde é considerada como boa. As duas falas a seguir expressam essa consideração:

Minha relação é boa com todos os profissionais. Só um dia que cheguei estressada e tive que esperar. Estava com meu filho e foi ruim, ainda faltou água no posto e luz. Vejo algumas pessoas reclamarem, mas as meninas não podem fazer nada, porque são regras que elas tem que cumprir e é difícil para elas também (Usuário 7).

A relação com os profissionais é boa, os ACS são muito atenciosos, mas os profissionais da recepção não são muito não, tinha que ser mais atenciosos. Os médicos e enfermeiros são bons. Quando você chega no lugar, as pessoas tem que estar bem, simpáticas... e aqui as pessoas não são assim. Creio que seja porque tem muita gente, chegam com ignorância e não se pode reclamar... e fica aquela coisa. Eu já vim para pedir uma informação e a funcionária estava conversando com outra e nem me deu importância. Eu acho que não deve ser assim, não só comigo, mas já vi com outras pessoas também. (Usuário 9).

Estes discursos produzem a idéia de que o relacionamento entre os profissionais de saúde e os usuários é positiva, o que é confirmado por outras pesquisas do mesmo cunho, como apontam Hidelbrand e Shimizu¹⁹, ao afirmarem que os usuários tem um olhar muito positivo sobre a ESF, principalmente porque esta permitiu maior aproximação entre a comunidade e os serviços de saúde. Entretanto, a leitura mais atenta dos dois discursos (Usuários 7 e 9) pode ser reveladora de muitos

desencontros e desafetos produzidos na relação dos profissionais com os usuários – especialmente com os técnicos de nível médio, aparecendo a recepção como um grande nó crítico da Unidade-, perpetuando uma relação muitas vezes marcada pela indiferença e descaso com os sofrimentos desses sujeitos, e por outro lado o sentimento de desvalorização do profissional, acarretando muitas vezes o descomprometimento de alguns profissionais. Assim posto, a avaliação inicialmente considerada como positiva, não é, em seu conjunto, tão favorável como pode parecer a um olhar mais atento.

Essa percepção da recepção como ponto de estrangulamento também é compartilhada pelos profissionais que atuam na equipe de saúde da USF Thomas Tomassi:

Não está funcionando de forma adequada, precisa muito trabalho ainda, exemplo de um dos nossos problemas é a recepção, precisamos de pessoas qualificadas na recepção. Creio que tinha que ter pessoas mais bem qualificadas para atender esse público, já inicia o erro na entrada. Temos muita gente em um espaço físico muito pequeno, e isso ajuda para não funcionar muito bem. Teria que ter um espaço físico melhor (Profissional 4).

Na lógica do serviço na compreensão do profissional, ao que parece, é o recepcionista quem faz o primeiro contato e, para tal, requer competências e habilidades que os profissionais atualmente alocados não possuem. Há de se considerar que no trabalho em saúde todos estão implicados e devem estar capacitados. O agente de segurança, o recepcionista com o poder de deixar ou não entrar a clientela até os profissionais que vão efetivar os atos de saúde convertidos em cuidado a partir das necessidade de saúde que vão levar os usuários a procurar determinado serviço²⁰.

Assim, entende-se que qualificar a recepção ou outro setor do serviço passa necessariamente pela concepção de mundo e dos modos de se relacionar com o outro e as dimensões humanas que serão colocadas nesses encontros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Precebe-se que embora muitos avanços na construção e implemetação das políticas públicas de saúde, em particular na ESF, sejam visíveis, existe ainda um longo caminho a ser percorrido. O estudo aponta para os muitos desafios que se interpõem na construção cotidiana de trabalho das equipes, os vários interesses que estão em disputa na produção dos modelos assistenciais, seja na visão de profissionais, gestores ou usuários. Ao ponto de se poder afirmar que a atenção ao usuário ainda é muito fragmentada, não atendendo muitas necessidades e demandas de cuidados de saúde. Mostra que se tem perpetuado uma forma de agir circunscrita aos interesses das corporações profissionais, em que “cada um no seu quadrado” defende os interesses de manutenção do *status quo*, já trazidas das lógicas produzidas quando das formações específicas de cada profissional, como se cada um estivesse impossibilitado de extrapolar esses limites.

Essa postura impossibilita que a ESF se institucionalize de fato, propiciando que os vários protagonistas estejam efetivamente envolvidos nesse processo e desenvolvam a co-responsabilidade da construção de vínculos, seja entre os profissionais dos serviços de saúde e a população assistida, seja o vínculo do município com os trabalhadores de saúde.

A possibilidade dessa forma de agir favorecerá a ampliação do foco de atenção da equipe da ESF, passando a ser centrada na família e no usuário muito mais afetado pelas circunstâncias do contexto em que vive. Assim, reinventar as práticas de cuidados na ESF, impõe a necessidade tanto para a equipe, quanto para os

usuários da ampliação da compreensão do que sejam os sentidos do processo saúde-doença, reconhecendo as reais necessidades de intervenção e de uma atenção integral^{2;3}.

É salutar reconhecer, por outro lado, que os personagens implicados nessa pesquisa observaram uma melhoria nos serviços prestados para a população, possibilitando analisar positivamente o Sistema e os serviços ofertados pela ESF. Ainda assim, apontam as muitas limitações que vem dificultando o acesso aos serviços prestados como agendas fechadas circunscritas às lógicas profissionais, filas como reveladoras de algumas fragilidades do serviço (“o ter que madrugar na fila”), pois expõem o usuário a situações muitas vezes humilhantes dada a incerteza do acesso à consulta, ao exame e mesmo pela exposição à violência urbana.

A naturalização e a perpetuação de filas, demora no atendimento e descomprometimento de alguns profissionais, pareceu ao longo da pesquisa uma demonstração concreta de desrespeito, desumanização e do quanto ainda tem-se que construir e caminhar em direção a encontros produtores de boas relações, baseadas em laços de solidariedade e de alteridade entre os protagonistas. Assim, esse estudo permitiu, a todo momento, vislumbrar em ato desejos que iam se instituindo, entrelaçando-se no sentido de valorizar desejos e potências nos espaços da produção micropolítica do trabalho em saúde.

Verificou-se, a partir das falas dos profissionais, um desejo de modificar sua realidade, produzindo uma melhoria das condições de trabalho, do acesso dos usuários, da qualidade da assistência, da valorização da vida e da cidadania. Para tanto, apostam na utilização de ferramentas de gestão como planejamento, escuta qualificada e o olhar ampliado para o cotidiano da produção da ESF na Unidade de Saúde Thomas Tomassi.

Dadas essas perspectivas, percebe-se que as facilidades e dificuldades apontadas nas relações entre os profissionais e usuários, produziu teias que possibilitaram a ambos serem afetados antes de tudo pela condição de ser cidadão, cuja principal aposta é a defesa da vida. Esse reconhecimento permite a usuários e profissionais reelaborar seus vínculos e novos encontros que em ato produzam também novas formas de trabalho mais solidário e resultante de teias e laços de equidade e integralidade.

REFERÊNCIAS

- 1.Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**. 2008; 24(Supl. 1):100-110.
- 2.BRASIL.Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 29 março 2006b. (acesso em 26 jul 2010). Disponível em: HTTP://portal.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm.
- 3.Ferreira JTB. **Teias e Redes de (dês) Encontros**: Usuários, necessidades e ofertas dos serviços de saúde no SUS – O caso do PA São Pedro. [Dissertação]. Vitória (ES): Universidade Federal do Espírito Santo; 2008.
4. Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S, Almeida PF, Senna MCM, Fausto MCR, Delgado M, Andrade CLT, Martins MIC, Cunha MS, Pacheco C. **Estudo de caso sobre implementação da Estratégia de Saúde da Família em Vitória (ES)**. [relatório de pesquisa]. Rio de Janeiro: Nupes/DAPS/ENSP/Fiocruz, 2009.
- 5.Escorel S, Nascimento DR., Edler FC. As origens da reforma sanitária e do SUS.In: Lima ANT, Gerschman S, Edler FC. (orgs.). **Saúde e Democracia**.Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005.p. 59-82.
- 6.Silva RCD. **O cotidiano como promotor de vínculos**: o caso da USF Santha Marta, Vitória-ES [dissertação].Vitória (ES): Universidade Federal do Espírito Santo; 2009.
7. Vitória. Secretaria Municipal de Saúde. Rede Municipal de Saúde. [site da Internet] (acesso em 22 jun 2009). Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/secretarias/saude/bmunidades.asp#maruipe>.
8. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 196 DE 10 DE OUTUBRO DE 1996. Pag. 1-17.
9. Minayo MC. de S. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo:Hucitec; 2008.

10. Bardin L. **Análise de conteúdo**. 4 ed. Lisboa:Edições 70, 2009.
11. Anjos LA, Silva DO, Serrão AS, Silva CVC. Vigilância Nutricional em adultos: Experiência de uma Unidade de Saúde atendendo população favelada. **Cad. Saúde Pública** 1992; 8(1):50-58.
12. Aguiar ACS, Moura ERF. Percepção do Usuário sobre a atuação da equipe de saúde da família de um distrito de Caucaia-CE. **RBPS**2004; 17(4):163-169.
13. Fadel C.B. Sandrini. J.C. Zardo. L. N.Avaliação Do Perfil E Grau De Satisfação Dos Usuários Dos Serviçosodontológicos Na Estratégia Saúde Da Família, Na Zona Rural Do Município De Castro/Pr.Publ. UEPG **Ci. Biol. Saúde** 2007; Ponta Grossa, 13 (3/4): 59-66.
14. Araujo MBS; Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciêñ Saúde Colet** , Rio de Janeiro, 2007. 12(2): 455-464.
15. Franco TB, Merhy EE. Programa Saúde da Família: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Júnior HMM, Josely R, Franco TB, Bueno WS, organizadores. **O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-124.
16. Merhy EE. **Saúde: A cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2007.
17. Deleuze G. **Espinosa: filosofia prática**. São Paulo: Escuta, 2002.
18. Franco TB, Andrade CS, Ferreira, VSC. **A Produção Subjetiva da ESF: A produção Subjetiva do cuidado**. São Paulo: Hucitec, 2009.
19. Hildebrand M, Shimizu HE. Percepção do agente comunitário sobre o Programa Família Saudável. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília 2008, 61(3): 319-24.
20. Lima RCD. **Enfermeira: uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde**. Vitória: Edufes, 2001.

6.2 ARTIGO 02: ENCONTROS E DESENCONTROS NA DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES

ENCONTROS E DESENCONTROS NA DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES

RESUMO

Buscou-se identificar como estão sendo produzidas as relações entre usuários e trabalhadores de saúde em uma Unidade de Saúde da Família no município de Vitória-ES. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, de abordagem qualitativa, tendo como sujeitos seis profissionais de saúde e dez usuários, com dados coletados por meio de roteiro semi-estruturado e posteriormente analisados pela técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. Constatou-se que, embora a dinâmica de funcionamento da Unidade esteja organizada de modo a atender uma demanda programada, com consultas agendadas voltadas às necessidades da população, sem contudo, abrir mão de uma demanda que chega a unidade de saúde, percebe-se que essa forma de organização não atende satisfatoriamente às necessidades da comunidade. O estreitamento de vínculos entre os profissionais do serviço de saúde e a população assistida, assim como entre o “município” os trabalhadores de saúde, surge como uma alternativa à melhoria da oferta do Serviço.

Palavras-Chave: Estratégia Saúde da Família; Processo de Trabalho em Saúde; Avaliação em Saúde.

ENCONTROS E DESENCONTROS TRANSLATION IN DYNAMIC OPERATION OF A UNIT OF FAMILY HEALTH IN VITÓRIA-ES

ABSTRACT

We tried to identify how are being produced relations between users and health workers in a Family Health Unit in Vitória-ES. This is an exploratory descriptive qualitative approach, having six protagonists as health professionals and ten users, with data collected through semi-structured and then analyzed using content analysis proposed by Bardin. It was found that although the dynamics of functioning of the Unit is organized to meet a demand schedule, with appointments geared to the needs of the population, without however, giving a spontaneous demand, it is clear that this form of organization does not meet satisfactory needs of the community. The closer ties between the health service and assisted population, as well as within the town health workers, comes up with an alternative to improve the supply of the Service.

Keywords: Family Health Strategy, Process Work in Health Care, Health Evaluation.

INTRODUÇÃO

A evolução das políticas de saúde do país apresenta um divisor de águas, a Reforma Sanitária, a partir da qual a Atenção Primária à Saúde ganhou potência como evento desencadeante de uma nova forma de pensar/agir/fazer a saúde. Nesse contexto, emerge a formulação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como diretriz inegociável a universalidade, buscando atender às necessidades de saúde da população brasileira¹.

Para essa formulação, buscou-se um fortalecimento da Atenção Primária em Saúde, tendo como marco a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), a partir de 1994, atualmente Estratégia Saúde da Família (ESF), implicando uma forma de estruturar os Sistemas Municipais de Saúde, com vistas a reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova organização nos serviços de saúde^{2;3}.

O grande desafio dessa estratégia é o fortalecimento do modelo assistencial ora preconizado, com o estabelecimento de porta de entrada ao Sistema e Serviços de Saúde, formação de vínculos entre os profissionais e comunidade, integração dos serviços de saúde e uma rede assistencial resolutive, garantindo a integralidade das ações⁴.

No referido modelo, o cenário de atuação são as Unidades Básicas de Saúde, o domicílio e as ações de mobilização da comunidade, estabelecendo-se como a porta de entrada para um sistema de serviço de saúde hierarquizado e regionalizado, tendo um território definido, uma população delimitada sob sua responsabilidade, com profissionais que assumem como principais características a intervenção sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta, prestando assistência integral, permanente e de qualidade, realizando atividades de educação e promoção

da saúde. A tudo isso, soma-se o compromisso de potencializar co-responsabilidade da população a essas ações⁵.

Desta forma, existe uma diretriz de criar vínculos entre os profissionais dos serviços de saúde e a população assistida e o vínculo do município com os trabalhadores de saúde, ampliando o foco da atenção em saúde, que passa a ser centrada na família e em consonância com o contexto em que a mesma vive, o que facilita a equipe apreender de uma forma ampliada o processo saúde-doença, suas reais necessidades de intervenção e uma atenção integral^{5;6}.

Nesse sentido, busca-se construir um compromisso efetivo dos trabalhadores de saúde junto às necessidades dos usuários, impulsionado pela liberdade do “Trabalho Vivo em Ato”, caracterizado pelo atributo da liberdade, criação e inventividade⁷.

Isso implica instituir uma conexão entre muitos trabalhadores, usuários, pessoas e coisas que se apresentam no processo de produção do cuidado e que são partes constitutivas dele. Essa rede que se forma na informalidade do cotidiano em uma equipe ou unidade de saúde, segundo Franco e colaboradores é como um rizoma, não tem começo e nem fim, se conecta em qualquer ponto e age de uma forma dinâmica, operando entre diversos planos existenciais e intensidades em conexões para produzir a realidade⁸.

Entretanto, a construção de uma rede é um grande desafio, uma vez que o cotidiano da ESF é marcado por muitos entraves, em especial aqueles que dizem respeito à compreensão que o usuário tem sobre essa Estratégia. Para a maioria dos usuários a grande demanda se dá pela solicitação de consultas médicas de especialidades, remédios e exames laboratoriais e menos pela valorização do trabalho preventivo/educativo⁹.

Por outro lado, os profissionais de saúde percebem esses entraves como respostas aos problemas que são enfrentados no seu cotidiano de trabalho, que veem como uma das principais limitações da ESF as condições de trabalho, tanto materiais, quanto estruturais, que não condizem com as necessidades da população, nem com os ideais do SUS, comprometendo a assistência prestada. Entretanto, mesmo com essas limitações há uma satisfação profissional em realizar trabalhos educativos, de prevenção, promoção da saúde, com afeto e envolvimento ao considerar o seu trabalho uma atividade de responsabilidade social e um dever a ser cumprido^{2;9}.

Sendo este um tema vasto e complexo, espera-se contribuir para um repensar das práticas profissionais dos trabalhadores de saúde do município de Vitória, identificando o trabalho que é prestado à população e buscando obter respostas para embasar novas ações de saúde coletiva na construção da humanização nos serviços, tanto no que diz respeito aos trabalhadores de saúde, quanto às relações com os usuários e demais atores envolvidos nesse processo.

OBJETIVO

Identificar como se produzem as relações Usuário – Trabalhadores de Saúde em uma Unidade de Saúde da Família do município de Vitória-ES.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa. O campo de estudo foi a Unidade de Saúde da Família (USF) Tomaz Thommasi, inserida no território de saúde do Bonfim, pertencente à região de saúde de Maruípe, no município de Vitória. Optou-se por essa USF, pela singularidade da mesma de ser a única da rede municipal de saúde inserida no espaço de adscrição do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), o que a torna campo de prática de muitos cursos da área da saúde, tais como Medicina,

Enfermagem, Farmácia, Odontologia, Serviço Social, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Nutrição.

O estudo teve como sujeitos dez Usuários, identificados com os números de 01 a 10, e seis profissionais, identificados da mesma forma e numerados de 01 a 06, sendo um médico, um enfermeiro, um psicólogo, um técnico de enfermagem e dois ACS. Como critério de inclusão tomou-se: 1) usuários: maiores de dezoito anos, residentes há pelo menos um ano na região de cobertura da ESF e que não usuários de planos privados na saúde suplementar. 2) profissionais de saúde: profissional da USF, inserido no serviço por no mínimo um ano, e aceitando compartilhar suas desventuras e sucessos no serviço de saúde. A escolha dos participantes foi baseada na disposição dos usuários e profissionais de saúde para participar da entrevista. Conhecendo os objetivos e a finalidade acadêmica do estudo, os mesmos assinaram, em duas vias, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que apresentou todas as informações necessárias sobre a pesquisa, de acordo com a Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996¹⁰.

O início da investigação ocorreu à partir do momento em que o pesquisador entrou na Unidade como aluno de Estágio em Docência do Ensino Superior do curso de Mestrado em Saúde Coletiva da UFES, acompanhando os alunos do curso de graduação em Enfermagem, na disciplina de Estágio Curricular I. Buscando assim, através da “observação participante”, adentrar no serviço como um pesquisador implicado, estabelecendo uma relação face a face com os sujeitos entrevistados. A importância dessa técnica – observação participante – reside na capacidade da mesma em captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que observadas diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real, incluindo aspectos

da rotina do trabalho, os detalhes dos cuidados prestados, a existência de grandes hostilidades, de simpatias e antipatias, as maneiras sutis em que tensões, conflitos, as vaidades e ambições se refletem e se revelam no comportamento dos indivíduos e nas relações dos que os rodeiam, entre outros¹¹.

Em sequência, foram agendadas entrevistas com os selecionados; os dados foram coletados individualmente, utilizando-se um roteiro semi-estruturado. As entrevistas foram realizadas na própria USF, gravadas em áudio e com duração média de trinta minutos.

A transcrição buscou garantir os detalhes de cada entrevista. A leitura do texto transcrito concomitante à audição das falas garantiu a fidelidade do conteúdo. Todo o material produzido foi submetido à técnica de “Análise de Conteúdo”, conforme proposto por Bardin (2019), para quem tal análise consta de uma ferramenta para a compreensão da construção de significados que os atores sociais exteriorizam no discurso, o que permite ao pesquisador o entendimento das representações que o indivíduo apresenta em relação a sua realidade e a interpretação que faz dos significados à sua volta.

Esta pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, sob registro número 033/2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

A DINÂMICA DA USF THOMAS TOMMASI: CONFIGURANDO A PRÁTICA EM SAÚDE

A cobertura de ESF do município de Vitória ultrapassa a média de cobertura Nacional, com 70,73% da população cadastrada, contando com serviços de saúde por regiões, com seis Regiões de saúde: 1 – Região de Maruípe; 2 – Região

Continental; 3 – Região Centro; 4 – Região de São Pedro; 5 –Região de Santo Antonio e 6 – Região Forte São João. Com 28 Unidades Básicas de Saúde, sendo 21 Estratégias Saúde da Família; 4 Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e 3 Unidades Básicas de Saúde^{3,13}.

A Unidade de Saúde da Família Thomaz Tommasi (USFTT) se localiza no bairro do Bonfim, sendo uma das seis unidades de saúde (as outras são Unidade de Maruípe, Bonfim, Santa Marta, Andorinhas, Consolação e Bairro da Penha), pertencente à Região de Saúde de Maruípe, no município de Vitória.

Atualmente, em 2011, a equipe da USFTT esta composta por três equipes de Saúde da Família, distribuídas da seguinte forma: equipe 01: 1 médico, 1 enfermeira, 3 auxiliares de enfermagem, 4 agentes comunitários; Equipe 02: 1 médica, 1 enfermeira, 3 auxiliares de enfermagem, 5 agentes comunitários; Equipe 03: 1 medica, 1 enfermeira, 4 auxiliares de enfermagem, 5 agentes comunitários.

Neste contexto, busca-se com essas equipes um trabalho multidisciplinar na USF que se deve traduzir numa troca de conhecimentos e práticas interdisciplinares. Cada equipe de saúde se responsabiliza pelo acompanhamento e pelas práticas de cuidado de no máximo 4 mil habitantes, sendo a média recomendada de 3 mil habitantes de uma determinada área geográfica. De uma forma organizada é concebida para atuação diretamente na comunidade⁵.

Nesta lógica, a Unidade é responsável pela cobertura de uma população de aproximadamente 9.891 pessoas¹⁴ e uma dinâmica de funcionamento que objetiva tornar acessível todos os serviços de saúde prestados à população. A fala que segue reflete bem isso:

“Cada equipe tem agenda em um dia na semana, a equipe 01 marca na terça-feira, a equipe 02 marca na quarta-feira, a equipe 03 marca na quinta-feira. Agora o preventivo e as puericulturas, crianças até 02 anos, já saem do consultório, já vêm com encaminhamento para o dia que podemos

marcar, e tem o médico que fica com a agenda no consultório, para o dia que ele for marcar, o pré-natal e a puericultura” (Profissional 06).

Conforme se pode identificar, a Unidade faz a organização da agenda em uma demanda programada, onde cada equipe de saúde fica com uma data específica para marcar as consultas, no caso a equipe 01 na terça feira, a equipe 02 na quarta feira e a equipe 03 na quinta feira; com o intuito de resolver os problemas prioritários que afetam com maior frequência ou maior gravidade o conjunto da população do Bonfim.

Por outro lado, as consultas para preventivos e puericulturas possuem outra forma de organização: ao se consultar, os usuários já saem sabendo qual a data do seu retorno, uma vez que os profissionais agendam no seu consultório. Estabelecendo, assim, um compromisso com esses grupos. Já a demanda espontânea, caracterizada por queixas agudas, é atendida conforme a chegada à Unidade.

Entretanto, as ações programáticas, mesmo sendo adotadas como modelos assistenciais, não conseguem diminuir a demanda por consultas e procedimentos. Justificando-se pelo fato da organização da Unidade estar centrada nos núcleos duros das profissões e não conseguem um processo de trabalho mais relacional, reproduzindo um modelo produtivo com consultas e procedimentos, operando, portanto, com o tradicional modelo burocrático e de assistência biomédica¹⁴.

Fato que foi identificado ao questionar os usuários sobre essa forma de organização:

“É muito difícil marcar consultas, esses dias cheguei 5h30 da manhã e já tinha 13 pessoas na minha frente... eu vim para entregar um resultado de exame do meu colesterol alto. As pessoas chegaram na frente e não tinha ficha para mim, porque ate então eram 16 fichas, mais ou menos, agora que aumentou pouquinho, vim e tinha até 23, e muitas pessoas falando que vem tentar o agendamento na quarta feira e não conseguem, porque não tem mais vezes? Amanhã eu venho aqui, 5h30 eu to aqui...”(Usuário 04).

Algo que chama atenção nesta fala é a organização que os próprios usuários fazem, organizando as marcações de consultas por ordem de chegada e estabelecendo as filas. Isto é visto porque as marcações iniciam às sete horas da manhã e os usuários começam a chegar à Unidade a partir das cinco horas da manhã, criando uma competição entre si ao estabelecer que quem chega mais cedo tem o maior direito para a consulta do dia, o que faz com que os usuários cheguem mais cedo à Unidade por busca de atendimento.

Assim, o usuário se torna cada vez mais ligado à Unidade apenas para consultas médicas e procedimentos que acabam não conseguindo dar conta das necessidades dessa população, uma vez que a própria ESF aponta para a construção cotidiana de métodos de prevenção, como grupos de saúde, palestras e construção do vínculo da Unidade com a comunidade assistida. Fato de real importância, pois não foi detectado na referida Unidade nenhum grupo de educação em saúde que estabelecesse essa relação com os profissionais. O que foi identificado nos fragmentos de fala do profissional:

Teríamos que ter mais tempo de fazer grupos de educação em saúde, porque normalmente acabam vindo as mesmas pessoas, e quem tem que vir mesmo, não vem. Então teríamos de fazer mais grupos de educação, de conscientização para ver se isso chama esse povo que não vem à UBS, então, acho que ofertamos bastantes coisa, mas quem tem que vir, por ele não vem, falta muito...preventivo principalmente, acaba marcando e não vindo, acho que deveria ter uma outra equipe aqui para ter um apoio (Profissional 01).

Nota-se a preocupação desses atores em esclarecer e agir com ações de mudanças em sua realidade, buscando conscientizar a própria população sobre o serviço de uma ESF e mudar as ações internas dos próprios profissionais, que apesar de atuarem em um modelo que não corresponde à real necessidade da população, entendem que a Unidade deve agir de outra forma, voltando suas atividades a

grupos de saúde para atrair novos usuários ao acesso a seus serviços e, conseqüentemente, criar uma nova realidade nesses serviços.

Entretanto, observa-se que o profissional aponta não ter tempo para realizar tais intervenções na comunidade, solicitando apoio de outras equipes. Então, como entender tal situação, uma vez que a ESF deveria atuar, prioritariamente, com esses grupos, no trabalho de promoção de saúde e prevenção de doenças?

Infelizmente a população ainda exige dos profissionais um modelo baseado na clínica tradicional e os profissionais não conseguem se desterritorializar, sair desta forma de produzir saúde, perpetuando um modelo que não se encaixa na formulação de uma reorientação dos serviços de saúde, o que exige dos profissionais de saúde aprimorarem suas práticas sanitárias, tornando-as mais efetivas ao incluírem, em sua rotina, o conhecimento epidemiológico da comunidade sob seus cuidados, ou seja, dos agravos e doenças que acometem essa clientela e que, portanto, precisam e devem ser longitudinalmente acompanhados. Para tanto, utilizam ações programadas como o cadastramento e acompanhamento contínuo e integral dos usuários bem como das famílias³.

VIVENDO EM UM LABIRINTO: O ESPAÇO FÍSICO DA USF THOMAZ TOMMASI

O Ministério da Saúde, em suas atribuições, com a Portaria 648 de 28 de março de 2006, que dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica, no Capítulo 1, artigo 3, relata sobre a infra-estrutura e os recursos necessários à realização das Ações de Atenção Básica nos municípios e no Distrito Federal. Estabelecendo que compete às secretarias de saúde dos municípios garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto das ações propostas¹⁵.

Ao apontar a estrutura física das USF Thomaz Tommasi pode-se perceber um desafio para as equipes da ESF, uma vez que a Unidade não está dotada com todos os elementos mínimos preconizados pelo MS para a estrutura física de uma unidade: falta uma sala de vacina, sala de coleta de material para exames de análises clínicas, sala de reuniões, biblioteca, consultório odontológico, auditório, almoxarifado.

Essas características vêm como um ponto desafiador para engendrar o trabalho dos profissionais e sua relação com os usuários, mas não justifica a repetição do processo de trabalho destas equipes serem sumárias e burocráticas. O que é percebido em falas dos profissionais:

“Eu acho a UBS pequena, problemas de espaço físico, falta sala de vacina, necessitamos de uma expansão, ainda temos como referência a UBS de Maruípe, onde atende dentista e sala de vacina, teríamos que ter mais controle”(Profissional 05).

Observa-se que a Unidade não possui estrutura adequada para dar suporte a todas as necessidades da população assistida, ficando com o apoio da UBS de Maruípe na assistência que lhe falta. No caso específico da imunização, a falta de uma sala de vacina faz com que o acompanhamento das crianças do território fique deficiente, pois não se torna viável um acompanhamento preciso do cartão de vacina e de toda cobertura da população.

Para os serviços odontológicos, está sendo construído um consultório em anexo à Unidade. Trata-se de uma demanda apresentada em oito sugestões dos usuários, conforme se pode apreender nessa fala: *“Eu acho que deveria ter dentista, é muito difícil marcar... agora depois de 3 anos que consegui marcar” (Usuário 05).*

Essas necessidades sentidas pelos usuários tendem a se perpetuar no cotidiano dos profissionais, pois a falta de espaço dificulta a realização de grupos de educação em

saúde, reuniões e ações em saúde. E, ao mesmo tempo, são várias pessoas circulando neste ambiente, uma vez que a Unidade está inserida no espaço do Centro de Ciências da Saúde da UFES e, como tal, é um campo natural de prática e aprendizagem para os estudantes da área de saúde, recebendo em média 22 estagiários por semestre em um espaço muito limitado, com várias divisões que remetem a um labirinto, tornando limitado até o acolhimento aos estudantes.

Assim, profissionais de saúde, estudantes e usuários competem por um diminuto espaço físico, sem infra-estrutura adequada aos fins a que se propõe. Essa situação colabora para que profissionais, usuários, docentes e estudantes constantemente reivindiquem melhorias que venham ampliar os espaços de cuidados na Unidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A dinâmica de funcionamento da USF Thomaz Tommasi está ancorada na lógica de duas demandas, uma programada e outra demanda que chega a unidade de saúde. Percebe-se, no entanto, que essa forma de organização não é suficiente no suporte às necessidades da comunidade.

Os usuários buscam os serviços de saúde com a expectativa de resolução de seus problemas, no entanto, essa expectativa logo se frustra diante de dificuldades no acesso, com a perpetuação das filas e condições de agendamentos, segundo as quais é necessário se chegar cedo à Unidade e enfrentar uma fila por ordem de chegada.

Com essa (des)organização resta ao usuário estabelecer regras para o acesso, tais como antecipar a sua chegada, organizar-se em fila, no sentido de garantir inserção no atendimento. Assim, embora o horário de abertura da Unidade seja sete horas, duas horas antes já é comum encontrar-se a tal fila de espera em frente à Unidade.

Pode-se identificar que os entraves para o funcionamento da ESF de forma efetiva, com foco na prevenção, são inúmeros, apesar do desejo de resolução também por parte dos profissionais de saúde, que convivem com obstáculos como compartilhar um espaço físico já insuficiente a suas atividades com usuários e acadêmicos, tendo como principal nó crítico a cristalização do fazer saúde, centrada na clínica tradicional, deixando de lado as ações educativas e grupos em saúde.

Desta forma, faz-se necessário o comprometimento nas formas de criar vínculos entre os profissionais dos serviços de saúde e a população assistida e o vínculo do município com os trabalhadores de saúde, fortalecendo a ampliação e o foco de atenção da equipe da USF, passando a centrar-se na família, compreendida em consonância com o contexto em que a mesma vive, o que pode facilitar a equipe compreender de uma forma ampliada o processo saúde-doença, suas reais necessidades de intervenção e uma atenção integral^{5,6}.

REFERÊNCIAS

1. Escorel S, Nascimento DR., Edler FC. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: Lima ANT, Gerschman S, Edler FC. (orgs.). **Saúde e Democracia**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005.p. 59-82.
2. Paim JS. **Atenção à Saúde no Brasil: Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI**. Ed. Edufba, Salvador – Bahia, 2008.
3. Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S, Almeida PF, Senna MCM, Fausto MCR, Delgado M, Andrade CLT, Martins MIC, Cunha MS, Pacheco C. **Estudo de caso sobre implementação da Estratégia de Saúde da Família em Vitória (ES)**. [relatório de pesquisa]. Rio de Janeiro: Nupes/DAPS/ENSP/Fiocruz, 2009.
4. Escorel S, Nascimento DR., Edler FC. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: Lima ANT, Gerschman S, Edler FC. (orgs.). **Saúde e Democracia**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005.p. 59-82.
5. BRASIL. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 29 março 2006b. (acesso em 26 jul 2010). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>

6. Ferreira JTB. **Teias e Redes de (dês) Encontros**: Usuários, necessidades e ofertas dos serviços de saúde no SUS – O caso do PA São Pedro. [Dissertação]. Vitória (ES): Universidade Federal do Espírito Santo; 2008.
7. Merhy EE. **Saúde**: A cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2007.
8. Franco TB, Andrade CS, Ferreira, VSC. **A Produção Subjetiva da ESF**: A produção Subjetiva do cuidado. São Paulo: Hucitec, 2009.
9. Oliveira S F, Albuquerque F J B. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 237-246, ago., 2008.
10. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 196 DE 10 DE OUTUBRO DE 1996. Pag. 1-17.
11. Minayo MC. de S. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo:Hucitec; 2008.
12. Bardin L. **Análise de conteúdo**. 4 ed.Lisboa:Edições 70, 2009.
13. Brasil. Cadastro Municipal Metas para Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde - Prioridades e Objetivos.(acesso em 28 de março de 2011. Disponível em: <<http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto>>.
14. Araujo MBS; Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciêns Saúde Colet** , Rio de Janeiro, 2007. 12(2): 455-464.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica/ Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

REFERÊNCIAS

AGUIAR A.C.S, Moura ERF. Percepção do Usuário sobre a atuação da equipe de saúde da família de um distrito de Caucaia-CE. **Rev. Brasileira de Promoção da Saúde** 2004;7(4):163-169.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S.(orgs). **Tratado Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2007. 871p.

ANJOS, L.A, SILVA D.O, SERRÃO A.S, SILVA C.V.C. Vigilância Nutricional em adultos: Experiência de uma Unidade de Saúde atendendo população favelada. **Cad. Saúde Pública** 1992; 8(1): 50-58.

AMADOR, F & FONSECA, T.M.G. Da intuição como método filosófico á cartografia como método de pesquisa – considerações sobre o exercício cognitivo do cartógrafo. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, V. 61, n. 1, 2009.

ARAUJO, M. B. de S; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciências da Saúde Coletiva** , Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2007.

Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface, Com, Sau. Educ.** 2004; 8,(14): 73-92.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 2. ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra**. 4. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

BRASIL. **Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006. Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil. Brasília, 29 de mar. 2006.** Disponível em: <http://www.saude.pb.gov.br/web_data/saude/copasems/portaria_648.doc>. Acesso em: 05 julho de 2010.

_____. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 29 março 2006b.** Disponível em: HTTP://portal.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm. Acesso em 26 julho 2010.

_____. **Cadastro Municipal Metas para Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde - Prioridades e Objetivos.** Disponível em: <http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto>. acesso em 28/03/2011, 00:08, 2011.

BUB, M. B. C. et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v.15, p. 152- 157, 2006.

DATASUS. Secretaria de Atenção a Saúde – CENESNET. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp?VEstado=32&VMun=320530&VComp=201101. Em 28/03/2011.

DELEUZE, G. **Espinosa**: filosofia prática. São Paulo: Escuta,2002.

DEMO, P. **Pesquisa e construção do conhecimento**: metodologia científica no caminho de Habermas. 6.ed. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 2004

ESCOREL, S., NASCIMENTO, D. R., EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T., GERSCHMAN, S., EDLER, F.C. (orgs.). **Saúde e Democracia**. Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 2005.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, E.E. et AL. (Org.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-124.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde**: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

FRANCO, T.B. et al. A **Produção subjetiva da ESF**. A produção Subjetiva do cuidado. SP: HUCITEC, 2009.

FERREIRA, J.T.B. Teias e redes de (dês) encontros: usuários, necessidades e ofertas dos serviços de saúde no sus – o caso do pa são pedro. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós graduação em Saúde coletiva – CCS.UFES. Vitória –ES, 2008.

FERREIRA, V.S.C. et al. Processo de trabalho dos acs e a reestruturação produtiva. **Caderno de Saúde Pública**, RJ, 25 (4): 898-906, abr, 2009.

FORTUNA, C.M. **Cuidando de quem cuida**: Notas cartográficas de uma intervenção institucional na montagem de uma equipe de saúde como engenhocamutante para produção da vida. Tese de Doutorado apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. USP. SP,2003.

GUATARRI. F. Plan Sobre El Planeta. **Capitalismo mundial integrado y revoluciones moleculares**. Edicion: traficantes del Sueños. c/Hortaleza 19, 1ª drcha, 2004.

GIOVANELLA, L. et Al . **Estudo de caso sobre a implementação da estratégia de saúde da família em quatro centros urbanos**. Relatório Final de Vitoria – ES. Fiocruz, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 5 ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

HILDEBRAND, S. M; SHIMIZU, H. E. Percepção do agente comunitário sobre o Programa Família Saudável. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 61, n.3, mai/jun., 2008.

IBGE. Relatório **Censo 2010**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_espirito_santo.pdf. em 28/03/2011.

LIMA, R.C.D. **Enfermeira uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde**. Vitória: Edufes; 2001

LIMA, N.T. et. al. **A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica**.Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS. Ed. Fiocruz, RJ, 2005.

LIMA, R.C.D. SUSE Teias de Diálogos (im) pertinentes para transformar a formação dos trabalhadores de saúde com vistas à humanização das práticas. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, p.781-95, 2009.

MAIRESSE, D & FONSECA, T.M.G. Dizer, escutar, escrever: Redes de tradução impressas na arte de cartografar. **Psicologia em Estudo**, Maringá, V.7, n.2, p. 111-116, jul./dez. 2002.

MATTOS, R.A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, p.771-80, 2009.

MENDES, E. V. O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda.**Revista Mineira de Saúde Pública**, v. 3, n. 4, p. 04-26, jan/jun, 2004.

MERHY, E.E. Em **busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde**. SP: HUCITEC, 1997.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. Ed. Hucitec, SP, 2007.

MERHY, E.E; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S; GOMBERG, E. **Leituras de novas tecnologias e saúde**. Edufba, Salvador, 2009.

MINAYO, M. C. de S.(org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23ed. Petrópolis: Vozes. Coleção temas sociais, 2004.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do conhecimento**.São Paulo:Hucitec, 2008.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**: caderno 1. Brasília (DF): Departamento de Atenção Básica; 2000.

OLIVEIRA, S. F. de; ALBUQUERQUE, F. J. B. de. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 237-246, ago., 2008.

PAIM, J.S. **Atenção à saúde no Brasil**. Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI. Ed. Edufba, Salvador – Bahia, 2008.

PEDUZZI, Marina. **Equipe multiprofissional de saúde**: conceito e tipologia. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 35, n. 1, 2001. Disponível em <http://www.fnepas.org.br/pdf/cobem07/peduzzi_cobem_07.pdf>. Acesso em: 23set 2008.

PEDUZZI, Marina. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. Campinas, 1998. 254p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B. Experienciação, formação, conhecimento e cidadão: articulando conceitos, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. **Ensinar saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO / CEPESQ, 2005.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITORIA Disponível em http://www.vitoria.es.gov.br/regionais/bairros/regiao_4/bonfim.asp. Acesso em 22/06/2009.

_____. **Vitória em dados**. Disponível em: <<http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/home.asp>>. Acesso em 14 de Julho de 2010.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**. Ed. UFRGS, Porto Alegre, 2006.

SANTOS, M.C. **Aculturação indígena**: uma forma de Violência dos Serviços de Saúde. Monografia de especialização apresentada ao Programa de Pós graduação em Saúde coletiva – CCS.UFES. Vitória –ES, 2007.

SCHULZ, B. **Sanatório**. Rio de Janeiro: Imago, 1994.

SCHWARTZ, T.D.; LIMA, R.C.D. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da unidade de saúde de resistência, na região de São Pedro, no Município de Vitória/ES. **Cienc. Saúde Coletiva**, 2010.

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, S 1, p. 100-110, 2008.

SILVA JUNIOR, A. G.; PONTES, A. L. M.; HENRIQUES, R. L. M. O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade. In: PINHEIRO, R. ; CECCIM, R. B. ; MATTOS, R. A. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2006.p.13-35.

SILVA, R.C.D. **O cotidiano como promotor de vínculos: o caso da usf santa martha, vitória-es.** Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde coletiva – CCS.UFES. Vitória –ES, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades da saúde, serviços e tecnologias.** Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

Vasconcelos MPC. Reflexões sobre a saúde da família. In: Mendes EV, organizador. **Organização da saúde no nível local.**São Paulo: Hucitec; 1999.

VIANA, A.L.A. DAL POZ, M.R. **Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil.** RJ: Abril, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Concordo com a participação no projeto de pesquisa abaixo discriminado, nos seguintes termos:

Projeto: A RELAÇÃO ENTRE A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O USUÁRIO

Responsável: Maycon Carvalho dos Santos

Orientadora: Profª Drª Rita de Cássia Duarte Lima

Instituição: Universidade Federal do Espírito Santo/ Centro de Ciência da Saúde.
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Local de Pesquisa: Unidades de Saúde da Família Thomas Tomasi, da Região de Maruípe – Vitória - ES

O objetivo da pesquisa é:

- Analisar as relações entre o Usuário e os Trabalhadores de Saúde na ESF

Os sujeitos da pesquisa serão usuários da ESF da Região de Maruípe.

Procedimento: Dados obtidos à partir de reuniões grupais, onde realizaremos discussões sobre a relação usuários e profissionais de saúde.

Os resultados estarão disponíveis na biblioteca da UFES – CCS, na Prefeitura Municipal/Secretaria de Saúde de Vitória e na FACITEC, depois de finalizado o estudo.

INFORMAÇÃO AO ENTREVISTADO SOBRE O TERMO DE CONSENTIMENTO:

Você está sendo convidado para participar de uma pesquisa, coordenada por um profissional de saúde agora denominado pesquisador.

Para participar, é necessário que você leia este documento com atenção. Qualquer dúvida solicite ao pesquisador os esclarecimentos necessários.

O propósito deste documento é revelar a você as informações sobre a pesquisa e, se assinado, dará a sua permissão para participar do estudo. Você só deve participar do estudo se quiser. Você pode se recusar a participar ou se retirar deste estudo a qualquer momento.

Sua decisão em participar desta pesquisa é voluntária. O pesquisador coletará informações que serão mantidas de forma confidencial, sua identidade não será revelada em nenhuma circunstância. Os dados coletados poderão ser utilizados em publicações científicas sobre o assunto.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO ENTREVISTADO:

Após a leitura do termo e a explicação de todos os itens pelo pesquisador ou entrevistador, eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Porém, eu entendo que sou livre de aceitar ou recusar, e que eu posso interromper minha participação a qualquer momento sem dar uma razão.

Eu entendi a informação apresentada neste termo de consentimento. Eu tive oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste documento de Consentimento informado.

Nome do Usuário _____

Assinatura: _____

Data: _____

Nome do pesquisador/ entrevistador: _____

Assinatura: _____

Data: _____

APÊNDICE B
FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS DA UBS THOMAZ
TOMASI

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO
1.1. Idade?
1.2. Sexo: () M () F
1.3. Nível de Instrução:
2. DADOS REFERENTES À UTILIZAÇÃO DA UBS
2.1. Há quanto tempo você utiliza os serviços da UBS Thomaz Tomasi?
2.2. É a primeira vez que você vem a essa UBS?
2.3. Você tem algum cadastro ou cartão nesta UBS?
2.4. Você sabe quais são os serviços ofertados por esta UBS?
2.5. Quais os serviços deste posto que você mais utiliza?
2.6. O que você acha desses serviços?
2.7. Quando você precisa, como você faz para utilizar esses serviços? (é fácil. Dificil?)
2.8. Como é feito o atendimento nesta UBS? Como é para marcação de consultas?
2.9. Você já ouviu falar em Programa de Saúde da Família? Para você como é esse programa?
2.10. Você acha que esse programa mudou a forma de atendimento? Melhorou ou piorou?
2.11. Que serviços você acha que são mais necessários, ou que poderiam ser ofertados pela UBS?
2.12. O trabalho dos ACS ajudam no contato com a UBS, na marcação de consultas ou resolver problemas de saúde na UBS?

* Adaptado de Silva (2009)

APÊNDICE C
FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA
UBS THOMAZ TOMASI

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
1.1. Idade?	1.2. Sexo: () M () F
1.3. Profissão?	
1.4. Há quanto tempo trabalha na nesta UBS?	
2. DADOS REFERENTES À AGENDA E À RELAÇÃO COM OS USUÁRIOS	
2.1. Como é feita a agenda para a organização da UBS e atendimento dos usuários?	
2.2. Foi realizado diagnóstico situacional aqui no bairro?	
2.3. Você acha que os serviços ofertados pela UBS dão conta da necessidade de saúde da população?	
2.4. Como é o relacionamento da UBS com o usuário?	
2.5. Você observou melhorias nos indicadores de saúde da população assistida pela UBS a partir da implantação da ESF?	
2.6. Como é a sua relação com os usuários desta UBS?	
2.7. Que ferramentas de trabalho você utiliza para resolver os problemas que surgem?	
2.8. Na sua visão, o que você acha que os usuários precisam no serviço da UBS?	
2.9. Você acha que o funcionamento desta UBS está adequado? Se não, de que forma poderia mudar?	

* Adaptado de Silva (2009)

ANEXOS

ANEXO A MAPA DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE EM VITÓRIA



FONTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2010.

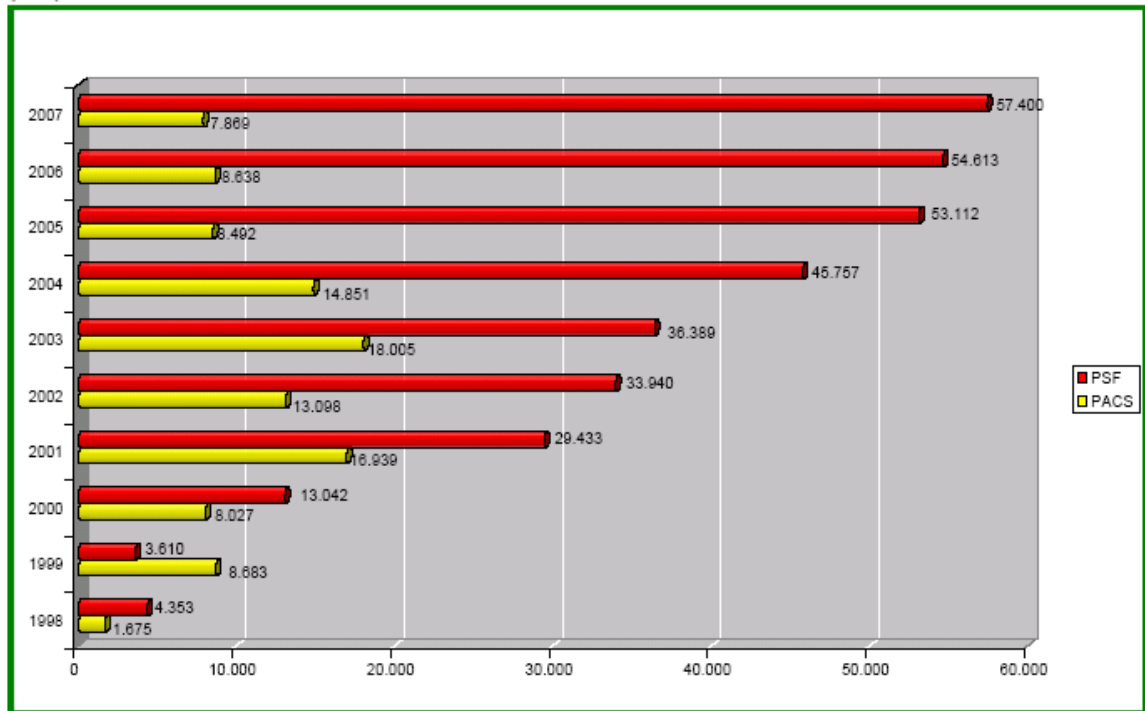
ANEXO B
EVOLUÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DAS ESF NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES NO
PERÍODO DE 1998 A 2007



Fonte: MS/SAS/DAB.

Segundo dados do DAB/MS, a evolução da implantação do PSF foi gradativa até 2004, com períodos de grande expansão, conforme pode ser observado em 2000 e 2004 (Gráfico1). Porém, nos anos seguintes o número de equipes implantadas apresentou variação, com período de redução e outros de ampliação.

ANEXO C
EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE FAMÍLIAS CADASTRADAS NO PACS E PSF EM
VITÓRIA-ES, 1998 A 2007



Fonte: MS/SAS/DAB.

Segundo o DAB/MS, houve grande expansão do cadastramento das famílias em Vitória, em decorrência da ampliação do PSF. Contudo, o PACS reduziu o número de famílias cadastradas em aproximadamente 50% nos últimos três anos, o que revela a substituição gradativa do PACS pela SF.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 29 de abril de 2010.

Da: Profa. Dr^a. Ethel Leonor Noia Maciel
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

Para: Prof. (a) Rita de Cássia Duarte Lima
Pesquisador (a) Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **“A delicada relação entre a Unidade de Saúde da Família e o Usuário: cartografando a violência”**.

Senhor (a) Pesquisador (a),

Informamos a Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa nº. **033/10** intitulado: **“A delicada relação entre a Unidade de Saúde da Família e o Usuário: cartografando a violência”** e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 28 de abril de 2010.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/UFES



PREFEITURA DE VITÓRIA

Carta de Apresentação

Origem	Destino	Data
SEMUS/GFDS	SEMUS/	17/05/10

Resumo do Assunto

PROJETO DE PESQUISA

Senhor (a) Diretor,

O projeto de pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFES, intitulado " A delicada relação entre a Unidade de Saúde da Família e o usuário: Cartografando a violência" de autoria de Maycon Carvalho dos Santos, sob orientação da Prof^o. **Dr^a Rita de Cássia Duarte Lima**, foi aprovado para sua realização.

Esclarecemos que o presente estudo será desenvolvido com o objetivo de:

- Cartografar as representações dos usuários sobre a violência no cuidado em saúde nas Unidades de Saúde de Maruípe;
- Analisar as linhas postas em ação pelo dispositivo da violência institucional.

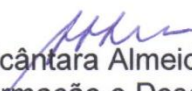
Para atingir tais objetivos será utilizada a seguinte metodologia:

- Sujeitos do estudo: usuários das USF da Região de Maruípe inseridos no Hiperdia por, no mínimo 06 meses, que assinarem termo de consentimento.
- Coleta de dados: gravação em video e em MP4 das explicações dos participantes sobre criação própria de desenhos em tela.

Ressaltamos que o pesquisador foi orientado que a liberação está condicionada à devolução dos resultados em forma de CD e/ou apresentação oral para a Secretaria.

Solicitamos que o mesmo seja recepcionado por Vossa Senhoria e que a pesquisa seja viabilizada nesta Unidade.

Atenciosamente,


 Josenan de Alcântara Almeida Costa
 Gerente de Formação e Desenvolvimento em Saúde